



# Der Berufseinstieg von Jugendlichen mit Schizophrenie in der Schweiz

Aline Kunert  
S14639363

Muriel Zenger  
S14639637

Departement Gesundheit  
Institut für Ergotherapie  
Studienjahr: 2014  
Eingereicht am: 05.05.2017  
Begleitende Lehrperson: Uta Jakobs

**Bachelorarbeit  
Ergotherapie**

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorbemerkung</b> .....	
<b>Abstract</b> .....	
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Einführung in die Thematik .....	1
1.2 Begründung der Themenwahl .....	1
1.3 Ab- und Eingrenzung des Themas.....	1
1.4 Relevanz für die Ergotherapie .....	2
1.5 Problemstellung und Zielsetzung .....	2
1.6 Fragestellung .....	4
<b>2 Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>5</b>
2.1 Schizophrenie (ICF) .....	5
2.2 Fokus Jugendliche .....	5
2.3 Prädiktoren für berufliche Eingliederung von psychisch Erkrankten.....	6
2.4 IPS – Individual Placement and Support Model.....	8
2.5 Ergotherapeutisches Modell – Kawa Modell.....	8
<b>3 Methodik</b> .....	<b>12</b>
3.1 Aufbau der Bachelorarbeit als Literaturanalyse.....	12
3.2 Literaturrecherche .....	12
3.2.1 Datenbanken.....	13
3.2.2 Keywords .....	13
3.2.3 Ein- und Ausschlusskriterien.....	14
3.3 Begründung Auswahl der Hauptstudien .....	15
3.4 Evaluationsinstrumente .....	15
<b>4 Ergebnisse der Hauptstudien</b> .....	<b>16</b>
4.1 Studie 1 – Vocational Intervention in first episode psychosis: IPS vs. treatment as usual (TAU) (Killackey et al., 2008) .....	16
4.2 Studie 2 – The Individual Placement and Support approach to vocational rehabilitation for young people with first episode psychosis (Rinaldi et al. 2010).....	19
4.3 Studie 3 – SE outcomes for transition age youth and young adults (Burke-Miller et al., 2012).....	22
4.4 Studie 4 – Postsecondary academic achievement and first-episode psychosis: A mixed methods study (Roy et al. 2016) .....	25
<b>5 Diskussion</b> .....	<b>30</b>

<b>5.2 Vergleiche der Studien untereinander und Bezug zur Fragestellung</b>	<b>30</b>
5.2.1 Anwendbarkeit des IPS Modells auf Jugendliche und junge Erwachsene mit Schizophrenie	30
5.2.2 Ausbildung als Hauptunterschied in der Arbeitsrehabilitation von Jugendlichen verglichen mit Erwachsenen	31
5.2.3 Weitere Aspekte, die bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ferner zu beachten sind	31
<b>5.2 Bezug zum Kawa Modell</b>	<b>34</b>
<b>6 Schlussfolgerung</b>	<b>37</b>
6.1 Beantwortung Fragestellung	37
6.2 Theorie-Praxis Transfer (Implikationen für die Ergotherapie)	38
6.3 Limitationen der Arbeit	39
6.4 Offene Fragen und Zukunftsaussichten	39
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>41</b>
<b>Zusatzverzeichnisse</b>	<b>46</b>
Tabellenverzeichnis	46
Abbildungsverzeichnis	46
<b>Wortanzahl</b>	<b>46</b>
<b>Danksagung</b>	<b>47</b>
<b>Eigenständigkeitserklärung</b>	<b>48</b>
<b>Anhang</b>	<b>49</b>
Glossar	49
Formulare zur kritischen Beurteilung der Hauptstudien	53
Suchprotokoll	74

## Vorbemerkung

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit bezeichnen sich im folgenden Text als Verfasserinnen. Begriffe welche im Glossar erklärt werden, sind bei der ersten Nennung mit Stern (\*) gekennzeichnet.

## Abstract

**Darstellung der Problematik:** Bei Jugendlichen mit Schizophrenie ist der Einstieg ins Berufsleben durch Aspekte der Krankheit sowie gesellschaftliche Strukturen erschwert. Die Literatur deutet darauf hin, dass es in der Schweiz kein standardisierte Vorgehen zur Arbeitsrehabilitation schizophrener Jugendlicher gibt, welches dem Stand der Forschung entsprechen würde. Die Forschung besagt für Erwachsene mit Schizophrenie, dass das Individual Placement and Support Model (IPS) gute Ergebnisse erzielt.

**Fragestellung:** Kann das IPS Modell bei jungen Erwachsenen angewendet werden, die während der Lebensphase des Berufseinstiegs an Schizophrenie erkranken und welche besonderen Aspekte im Vergleich zur Behandlung von Erwachsenen sind zu beachten?

**Methode:** Eine Literaturrecherche wird vorgenommen und anhand von Ein- und Ausschlusskriterien werden vier Hauptstudien zur Beantwortung der Fragestellung festgelegt.

**Relevante Ergebnisse:** Zur Arbeitsrehabilitation von Jugendlichen Patienten mit Schizophrenie eignet sich ein angepasstes IPS Modell. Die Anpassungen ergeben sich aus weiteren Aspekten wie der Ausbildung, der finanziellen Situation der Jugendlichen, der Bedeutung der Familie sowie dem Mangel an Arbeitserfahrung.

**Schlussfolgerung:** Um den Berufseinstieg bei schizophrenen Jugendlichen in der Schweiz optimal zu unterstützen müsste das aktuelle Vorgehen entsprechend der Forschung angepasst werden. Insbesondere müsste der angepasste IPS Ansatz flächendeckend angewendet werden.

**Keywords:** IPS Modell, Jugendliche, Schizophrenie, Berufseinstieg, Erster Arbeitsmarkt

## 1 Einleitung

In diesem ersten Kapitel wird die Thematik eingeführt sowie die Themenwahl begründet. Es wird eine Ab- und Eingrenzung des Themas vorgenommen. Die Relevanz für die Profession der Ergotherapie wird aufgezeigt. Im letzten Teil dieses Kapitels wird die Problemstellung erklärt und die daraus folgende Zielsetzung sowie Fragestellung erläutert.

### 1.1 Einführung in die Thematik

In der Schweiz geht man davon aus, dass jeder fünfte Jugendliche von einer Schizophrenie betroffen sein könnte. Dies verursacht zum einen aus gesellschaftlicher Sicht hohe Invalidenversicherung (IV) Kosten (Maercker, Perkonigg, Preisig, Schaller & Weller, 2013). Zum anderen bedeutet es laut Eggers (2011) für die Betroffenen wie auch die nahen Angehörigen ein Verlust an Selbstwert und Lebensqualität. Da die Adoleszenz eine Transitionsphase\* vom Kind zum Erwachsenen ist, kann eine Erkrankung dazu führen, dass wichtige Entwicklungsschritte nicht gemacht und später auch nicht nachgeholt werden können (Kellam, Branch, Agrawal & Ensminger, 1957, zit. nach Mrazek & Haggerty, zit. nach Bürli, Amstad, Duetz Schmucki & Schibli, 2015, S. 23). Zwei solche Entwicklungsschritte sind die Ausbildung und spätere Berufsausübung, welche in unserer Gesellschaft einen hohen Stellenwert haben (Krampen & Reichle, 2002).

### 1.2 Begründung der Themenwahl

Wie die genannte Patientengruppe sind auch die Verfasserinnen dieser Arbeit in der Transitionsphase von Ausbildung zur Berufsausübung. Der Gedanke drängt sich auf, dass psychische Gesundheit keine Selbstverständlichkeit ist, was durch die oben gezeigten Zahlen verdeutlicht wird. Mit psychischer Krankheit gehen Wahlmöglichkeiten verloren. Während es für gesunde Jugendliche normal ist, den zukünftigen Beruf frei wählen zu können, ist dies für Gleichaltrige mit einer psychischen Erkrankung alles andere als selbstverständlich.

Im Alltag gehen solche Überlegungen indes oft vergessen. Deswegen wollen sich die Verfasserinnen vertieft damit auseinandersetzen, welche Barrieren junge Erwachsene mit einer Schizophrenie bei spezifischen Aufgaben dieser Lebensphase erleben.

### 1.3 Ab- und Eingrenzung des Themas

Wie oben genannt, sind die Ausbildung sowie der Berufseinstieg Kernthema dieser Bachelorarbeit. Daraus ergibt sich die Fokusgruppe der Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen (siehe Kapitel 2.2). Entsprechend ist anzunehmen, dass es sich um Patienten und

Patientinnen mit einer Ersterkrankung handelt. Chronisch Kranke und der berufliche Wiedereinstieg werden von dieser Arbeit ausgeschlossen.

#### 1.4 Relevanz für die Ergotherapie

In der Psychiatrie hat die Ergotherapie zwei Hauptaufgaben: Während der Akutphase bietet die Ergotherapie bedeutungsvolle Beschäftigung an. Wenn die Symptome abklingen und die Patienten und Patientinnen für ein Berufswiedereinstiegstraining bereit sind, rückt die Arbeitsrehabilitation in den Vordergrund (Kubny-Lüke, 2009).

Im Arbeitsfeld der Arbeitsrehabilitation sind Ergotherapeuten und -therapeutinnen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke, beruflichen Trainingszentren, Integrationsfachdiensten und weiteren mit der Arbeitsrehabilitation verbundene Institutionen tätig. Es gibt auch einzelne Ergotherapiepraxen, welche sich ambulant arbeitstherapeutischen Inhalten widmen (Köhler & Steier-Mecklenburg, 2008).

#### 1.5 Problemstellung und Zielsetzung

Laut Eggers (2011) ist die Prognose für den Krankheitsverlauf bei Erkrankung an Schizophrenie im Jugendalter eher ungünstig. Allgemein kann bei lediglich 25 Prozent der an Schizophrenie Erkrankten mit einer Vollremission beziehungsweise mit einer guten Remission gerechnet werden (Eggers, 2011). Betroffene müssen also lernen mit der Krankheit zu leben und trotzdem im Alltag zu funktionieren. Eine möglichst hohe Eingliederung in den Arbeitsmarkt muss das Ziel sein. Die Alternative ist eine Abhängigkeit von der IV. Die Integration in den Arbeitsmarkt wird durch Inflexibilität und Hyperimpulsivität im Denken und Handeln der Erkrankten erschwert. Oft ist ein regelhafter Schulbesuch und Abschluss ebenfalls nicht möglich. Jugendliche müssen zunächst eine Ausbildung abschließen bevor sie in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden können. Zudem bleiben neurokognitive Schwierigkeiten im Krankheitsverlauf bestehen oder verschlechtern sich sogar (Eggers, 2011).

Laut Whiteford (2000) kann man in diesem Zusammenhang auch von einer Occupational Deprivation\* sprechen. Dieses Konzept geht davon aus, dass Betätigungsprobleme oft durch die Umwelt bedingt sind. Denn obwohl die durch die Krankheit bedingten Symptome bereits stark einschränkend sind, wird dies durch die Umwelt noch verstärkt. Laut Rössler und Bärtsch (2008) glaubt kaum ein professioneller Helfer oder eine professionelle Helferin in der Schweiz, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen im Ersten Arbeitsmarkt integriert werden können. Im psychiatrischen Setting in Europa wird bei der Diagnose Schizophrenie oft ein Übergang in eine geschützte Arbeitsstelle verfolgt. Zudem sehen sich europäische Nationen als Wohlfahrtsstaaten, die arbeitsunfähige Menschen in gros-

sem Umfang unterstützen und ihnen Schutz bieten (Rössler & Bärtsch, 2008; Hoffmann, Jäckel, Glauser, & Kupper, 2011). Laut Hoffmann et al. (2011) sind Rehabilitationsprogramme in westeuropäischen Ländern auf einem sehr hohen Niveau. Dafür ist die Hürde für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, sich in den Ersten Arbeitsmarkt zu integrieren viel höher als beispielsweise in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA). Dies liegt daran, dass die Anforderungen an Arbeitssuchende in westeuropäischen Ländern sehr hoch sind (Hoffmann et al., 2011).

Diese gesellschaftlichen und politischen Einstellungen führen dazu, dass fast ausschliesslich geschützte Arbeitsstellen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Frage kommen. Eine solche Arbeitsstelle ist nicht befriedigend für junge Menschen, da sie der Selbstverwirklichung im Weg steht, eine finanzielle Abhängigkeit bestehen bleibt (IV) und sie mit einem Stigma einhergeht (Bürli et al., 2015). Manche Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind der Überzeugung, dass psychisch beeinträchtigte Personen generell diskriminiert werden. Diese Menschen meiden potentiell diskriminierende Situationen (Link, Cullen, Struening, Shrout & Dohrenwend, 1989, zit. nach Nordt et al., 2012, S. 3). Somit kann das Stigma an sich dazu führen, dass Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung keine Arbeitsstelle im Ersten Arbeitsmarkt annehmen wollen.

Die Situation von Jugendlichen mit Schizophrenie in der Schweiz wird in der Studie im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen von Baer, Juvalta, Altwicker-Hámori, Frick und Rüesch (2016) beschrieben. Laut Baer et al. (2016) fällt die initiale psychiatrische Behandlung bei schizophrenen Patienten und Patientinnen oft sehr kurz aus. Es werde häufig die Gelegenheit zu einer dezidierten und nachhaltigen Frühintervention sowie Behandlung verpasst. Zudem gelangen schizophrene Jungrentner und Jungrentnerinnen in drei von vier Fällen erst in eine Behandlung, nachdem sie die Schule oder Berufsausbildung bereits abgebrochen haben, was durchschnittlich im Alter von 17 Jahren geschieht. Begutachtende oder behandelnde Ärzte und Ärztinnen stellen bei schizophrenen Patienten und Patientinnen tendenziell eine schlechte Prognose bezüglich des Krankheitsverlaufes. Weiter werden in den Arztberichten für die IV kaum Informationen dazu gegeben, welche konkreten Anpassungen die jungen Versicherten in der Schule, bei der Ausbildung oder am Arbeitsplatz benötigen würden und wie mit der versicherten Person umgegangen werden sollte. Die oben genannten Umstände sollten per se nicht zu einer solch frühen und meist permanenten Invalidisierung führen.

Laut Eggers (2011) stellt Ausbildung einen protektiven Faktor dar, sowohl für spätere Berufsausübung wie auch für den Krankheitsverlauf. Perspektivlosigkeit fördert die Chronifizierung der Krankheit (Eggers, 2001).



In den USA werden laut Rössler und Bärtsch (2008) wesentlich mehr Betroffene in den Ersten Arbeitsmarkt integriert. Dies wird durch das Individual Placement and Support Modell (IPS) erreicht. Im genannten Modell gibt es eine kontinuierliche Betreuung für die Betroffenen wie auch den Arbeitsgeber oder die Arbeitgeberin und man geht auf die Präferenzen bezüglich Beruf der Klienten und Klientinnen ein. „Für die USA dürfen wir heute davon ausgehen, dass mit dem neuen Betreuungsansatz die Eingliederungsraten etwa doppelt so hoch sind wie bei konventioneller Betreuung.“ (Rössler & Bärtsch, 2008, S. 2) Das IPS Modell lässt sich gut in die ergotherapeutische Arbeit integrieren, da es nicht nur den direkten Klienten / die direkte Klientin sondern auch die Arbeitgebenden miteinschliesst (Klientenbegriff nach Fisher, 2014). Zudem ist das klientenzentrierte Arbeiten ein zentraler Punkt im IPS Modell. Diese Kernelemente der Ergotherapie sollten auch in der Schweiz umgesetzt werden. Daher wird in dieser Bachelorarbeit diskutiert, ob sich das IPS Modell oder einzelne Aspekte in der Schweiz umsetzen liesse.

Hierbei müssen auch die besonderen Aspekte, welche sich aus der Lebensphase der Adoleszenz ergeben, miteinbezogen werden. Jugendliche und junge Erwachsene können gemäss Coughlan et al. (2013) in der Psychiatrie nicht gleich behandelt werden wie Erwachsene, obwohl dies oft so gehandhabt wird. Laut Roaten (2011) müssen Fachpersonen, welche mit Jugendlichen in der Psychiatrie arbeiten, über Wissen bezüglich der Vorgänge im adoleszenten Gehirn verfügen. Das Gehirn wächst und verändert sich in dieser Phase stark. Dies hat Einfluss auf Kognition, Emotionen und Verhalten (Roaten, 2011).

Aus diesen Überlegungen lässt sich das Ziel dieser Bachelorarbeit ableiten: Aufgrund der Literaturanalyse sollen Empfehlungen für die Arbeitsrehabilitation von Jugendlichen mit Schizophrenie in der Schweiz abgegeben werden. Zusätzlich soll eine Kritik an der jetzigen Vorgehensweise angebracht werden.

## 1.6 Fragestellung

Die Fragestellung dieser Bachelorarbeit lautet: Kann das IPS Modell bei jungen Erwachsenen angewendet werden, die während der Lebensphase des Berufseinstiegs an Schizophrenie erkranken und welche besonderen Aspekte im Vergleich zur Behandlung von Erwachsenen sind zu beachten?

## 2 Theoretischer Hintergrund

Im Kapitel zwei werden wichtige Begriffe, Konzepte, sowie ein ergotherapeutisches Modell eingeführt. Das ergotherapeutische Modell dient dazu, einen Bezug zur Profession zu schaffen und die Thematik von einer anderen Seite zu beleuchten.

### 2.1 Schizophrenie (ICF)

In der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) nach Dilling, Mombour und Schmidt (2011) für psychische Störungen werden der Schizophrenie (F20) Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie unpassende oder verminderte Affektivität zugeschrieben. Intellektuelle Fähigkeiten sind zwar nicht betroffen, es können aber im Verlauf der Krankheit kognitive Defizite entstehen. Die Individualität und Entscheidungsfreiheit der Betroffenen ist stark eingeschränkt, da sie oft der Überzeugung sind, ihre Gedanken seien für andere offengelegt. Gedankeneingebung, -entzug und -ausbreitung können vorkommen. Oft treten auch Halluzinationen auf, welche jede Sinnesmodalität betreffen können, meist aber akustischer Natur sind. Besonders häufig sind dialogische oder kommentierende Stimmen. Typisch für das schizophrene Denken ist, dass oft Nebensächliches in den Vordergrund rückt und ein Gesamtüberblick somit unmöglich wird. Neben diesen auffälligen Symptomen tritt eine sogenannte negative Symptomatik auf. Diese beinhaltet Ziellosigkeit und Trägheit sowie sozialer Rückzug (Dilling et al., 2011).

### 2.2 Fokus Jugendliche

Die Lebensphase der Adoleszenz wird von zahlreichen Autoren und Autorinnen beschrieben und unterschiedlich definiert. Hier sollen einige der bekanntesten entwicklungspsychologischen Ansätze zum Thema aufgezeigt werden bevor die für diese Arbeit verwendete Definition erläutert wird. Bei der Beschreibung der bekannten Modelle werden ausschliesslich die Phasen berücksichtigt, in welchen eine Ausbildung oder ein Berufseinstieg zu erwarten wäre.

Klar abgegrenzte Altersstufen finden sich bei Bühler (1933). Von 15 bis 25 findet laut Bühler eine Phase des progressiven Wachstums mit Reproduktionsfähigkeit statt. Die Lebensbestimmung ist noch unspezifisch und provisorisch. Obwohl die Altersstufe nach Bühler klar umrissen ist, scheint die Definition doch sehr oberflächlich. Erikson (1950) beschreibt die Altersstufen als psychologische Krisen, welche bewältigt werden müssen. Für die Adoleszenz gibt Erikson (1950) die Identität vs. Identitätsdiffusion an. Für das frühe Erwachsenenalter heisst die entsprechende Krise Intimität vs. Isolierung. Genaue Altersangaben fehlen bei Erikson (1950). Auch erscheint diese Definition ebenfalls wenig befrie-

digend, wenn man sich die unzähligen möglichen Lebens- und Entwicklungsverläufe unterschiedlicher Menschen vergegenwärtigt.

Havighurst (1948) berücksichtigt mit seinen Entwicklungsaufgaben dagegen individuelle Werte. Laut Havighurst (1948) gibt es zwar Entwicklungsaufgaben, welche jeder Mensch aufgrund von kulturellem Druck erfüllen *muss*, es gibt aber auch solche, welche nicht zwingend zu lösen sind. Für die Pubertät beschreibt Havighurst (1948) unter anderem die Aufgaben Erwerb einer Geschlechtsrollenidentität und Gestaltung von Peerbeziehungen\*. Im frühen Erwachsenenalter folgen dann der Berufseinstieg, die Partnerwahl bzw. Ehe, Familiengründung und weiteres.

Die Entwicklungspsychologie kennt bisher keine einheitliche Definition der Lebensphase der Adoleszenz. Die vorliegende Arbeit nimmt vornehmlich Bezug auf einen Aspekt des Jugend- bzw. des frühen Erwachsenenalters, nämlich den Eintritt ins Berufsleben und damit auch die Ausbildung, welche dazu nötig ist. Bei der beschriebenen Patientengruppe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Schizophrenie muss davon ausgegangen werden, dass die Lebensaufgabe (Havighurst, 1948) des Berufseinstiegs verzögert oder verlängert stattfinden wird. Ein Leitsatz zur Entwicklung nach Baltes (1990) besagt denn auch, dass Entwicklung in Kontexte eingebettet ist. Dies bedeutet, dass normative Einflüsse, also Einflüsse welche alle Menschen desselben Alters wahrscheinlich erleben, diese Altersgruppe ähnlich machen. Es gibt aber auch nichtnormative Einflüsse, also kritische Lebensereignisse, welche Menschen unterschiedlich machen. Die Diagnose der Schizophrenie und der damit verbundene Krankheitsverlauf ist ein solches kritisches Lebensereignis.

In dieser Bachelorarbeit werden unter Jugendlichen oder jungen Erwachsenen Personen im Alter von 15 bis Mitte 20 Jahren verstanden.

## **2.3 Prädiktoren für berufliche Eingliederung von psychisch Erkrankten**

Prädiktoren sind laut Duden (2013) zur Vorhersage eines Merkmals verwendete Variablen. Dies bedeutet dass die Variable sowohl einen positiven als auch einen negativen Effekt auf das Merkmal haben kann.

In der Literatur herrscht keine vollständige Einigkeit, welche Eigenschaften von psychisch Erkrankten einen Einfluss auf das Finden eines Anstellungsverhältnisses haben und somit Prädiktoren sind. Sumiyoshi et al. (2015) nennen verbales und visuelles Lernen sowie Informationsaufnahme als kognitive Prädiktoren. Eine zentrale kognitive und soziale Fertigkeit ist die Emotionskontrolle und –regulation. Des Weiteren geben Sumiyoshi et al. (2015) die Selbständigkeit sowie die korrekte Einschätzung der eigenen Stärken und Schwächen

als wichtige Prädiktoren an. Keinen oder wenig Einfluss hat die Performanz\* in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs).

Selbstwirksamkeit, Motivation und eine Anstellung innerhalb der letzten fünf Jahre nennen Rinaldi, Perkins, McNeil, Hickman und Singh (2010) als Prädiktoren. Keine Prädiktoren sind laut dieser Studie die Diagnose, die Symptome sowie die Schwere der Einschränkungen und die sozialen Fertigkeiten.

Diese Aussage steht in direktem Widerspruch mit der oben genannten Studie von Sumiyoshi et al. (2015), wo die sozialen Fertigkeiten sehr wohl als Prädiktoren genannt werden.

Laut Nordt et al. (2012, S. 2) wurde in der Studie von Wewiorski und Fabian (2004) nur ein geringer Effekt der Prädiktoren Alter, Geschlecht, Ethnie und Diagnose gefunden. In der Studie von Nordt et al. (2012, S. 2) belegen Catty et al. (2008) dass die Erwerbsbiographie ein Prädiktor ist.

Nordt et al. (2012) beschreiben in ihrer Studie, dass ein Mangel an Forschung über die Motivation von Menschen mit einer psychischen Erkrankung vorherrscht. Dies ist für die Autoren der Studie überraschend weil in einer Studie von Becker und Drake (2003) mehrmals illustriert wird, dass die Motivation der Betroffenen zentral für den Erfolg des IPS-Modells ist (Becker & Drake, 2003, zit. nach Nordt et al., 2012, S. 3) . Nordt et al. (2012) erwähnen ausserdem, dass auch die subjektive Norm des sozialen Umfelds die Betroffenen bezüglich der Absicht, eine Arbeitsstelle im Ersten Arbeitsmarkt zu finden und zu behalten, beeinflussen kann.

Die Widersprüchlichkeit in der Literatur wird auch in der Bachelorarbeit von Kühne und Häberli (2010) aufgezeigt. Als wichtigster und in den ausgewerteten Studien am häufigsten und einstimmigsten genannter Prädiktor werden dort die kognitiven Fähigkeiten genannt. Ebenfalls starke Prädiktoren sind die Bildung, Arbeitsfähigkeiten, soziale Kompetenzen und die Arbeitsgeschichte. Auch die soziale Partizipation kann als wichtiger Faktor aufgezählt werden. Weniger zentral bzw. umstritten in ihrem Effekt sind Negativ- und Positivsymptomaten. Einige Faktoren wurden kaum untersucht, weshalb keine Aussage zu ihrer Signifikanz gemacht werden kann. Dazu zählen persönliche Einstellungen sowie die Krankheitsgeschichte. Kein Prädiktor sind Alter und Geschlecht der Klientinnen und Klienten, wobei es einige Studien gibt, welche aussagen, dass ältere Personen weniger Arbeitsplätze bekommen als jüngere.

## 2.4 IPS – Individual Placement and Support Model

IPS ist abgeleitet von Supported Employment\* (SE). SE ist ein evidenzbasiertes Konzept mit dem Ziel, Personen mit Behinderung und schwer vermittelbare Personen in den Ersten Arbeitsmarkt zu integrieren. Der IPS Ansatz ist spezifisch auf Patienten und Patientinnen mit psychischen Erkrankungen ausgelegt (Becker, Swanson, Bond & Merrens, 2011).

Die Grundelemente des Modells sind erstens, dass die Arbeitsangebote den Wünschen der Patientinnen und Patienten entsprechen. Zweitens muss es nach der Platzierung eines Patienten oder einer Patientin an einem Arbeitsplatz eine kontinuierliche Betreuung geben. Betreut wird dabei nicht nur die zu Behandelnden sondern auch die Arbeitgebenden (Rössler & Bärtsch, 2008).

In den Praxisleitlinien für Psychiatrie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Falkai, 2013) werden die Kernprinzipien des IPS Modells wie folgt beschrieben:

- Das Ziel der Interventionen ist eine kompetitive Beschäftigung\*.
- Die Zugangskriterien sind niedrig. Die Motivation des Klienten, eine kompetitive Beschäftigung anzunehmen, ist ausreichend.
- Die Suche nach Arbeit erfolgt rasch.
- Medizinische und arbeitsrehabilitative Dienste arbeiten eng zusammen.
- Die Präferenzen des Klienten oder der Klientin werden bei der Jobsuche beachtet.
- Die individuelle Unterstützung am Arbeitsplatz ist zeitlich unbeschränkt.

## 2.5 Ergotherapeutisches Modell – Kawa Modell

Im nachfolgenden Kapitel wird ein ergotherapeutisches Modell, das Kawa Modell, eingeführt. Die Verknüpfung dieses Modells mit den Ergebnissen dieser Bachelorarbeit soll zum vertieften Verständnis beitragen. Ausserdem dient es dem Theorie-Praxis Transfer. Die Kritik am jetzigen Stand wird aufgrund des Modells vorgenommen.

Das Kawa Modell nach Iwama (2006) hat seine Ursprünge in Japan. Entwickelt wurde das Modell, weil bestehende ergotherapeutische Modelle stark westlich geprägt sind und nicht mit der ostasiatischen Weltanschauung übereinstimmen.

Im Kawa Modell ist der Fluss eine Metapher für den Verlauf des Lebens. Die Geburt entspricht im Modell der Quelle und am Ende des Lebens mündet der Fluss ins Meer. Ein Fluss besteht aus Wasser, Flussbett, Steinen und Treibholz. Das Wasser steht für Lebensfluss und Gesundheit. Je stärker das Wasser fließt und je breiter der Fluss ist, desto höher ist die Lebensqualität. Das Flussbett besteht aus Grund und Ufer. Beides steht für Umweltfaktoren, welche in soziale und physische Faktoren unterteilt werden. Laut Iwama

(2006) sind dies die wichtigsten Determinanten für den Lebensverlauf einer Person in einer kollektivistischen Gesellschaft.

Die Steine sind Lebensumstände und Probleme. Darunter werden Krankheiten, Verletzungen, Symptome und Herausforderungen des täglichen Lebens verstanden, welche den Fluss blockieren oder hemmen können. Wie stark der Wasserfluss durch die Steine gehemmt wird, hängt davon ab, wie diese mit weiteren Steinen und der Uferbeschaffenheit interagieren.

Das Treibholz symbolisiert Ressourcen und Barrieren der Person. Diese Begleitfaktoren können ein Problem positiv oder negativ beeinflussen: Treibholz kann in einem Fluss entweder zwischen den Steinen hängen bleiben und somit das Problem vergrößern oder sie können Steine wegschieben und so zur Lösung des Problems führen.

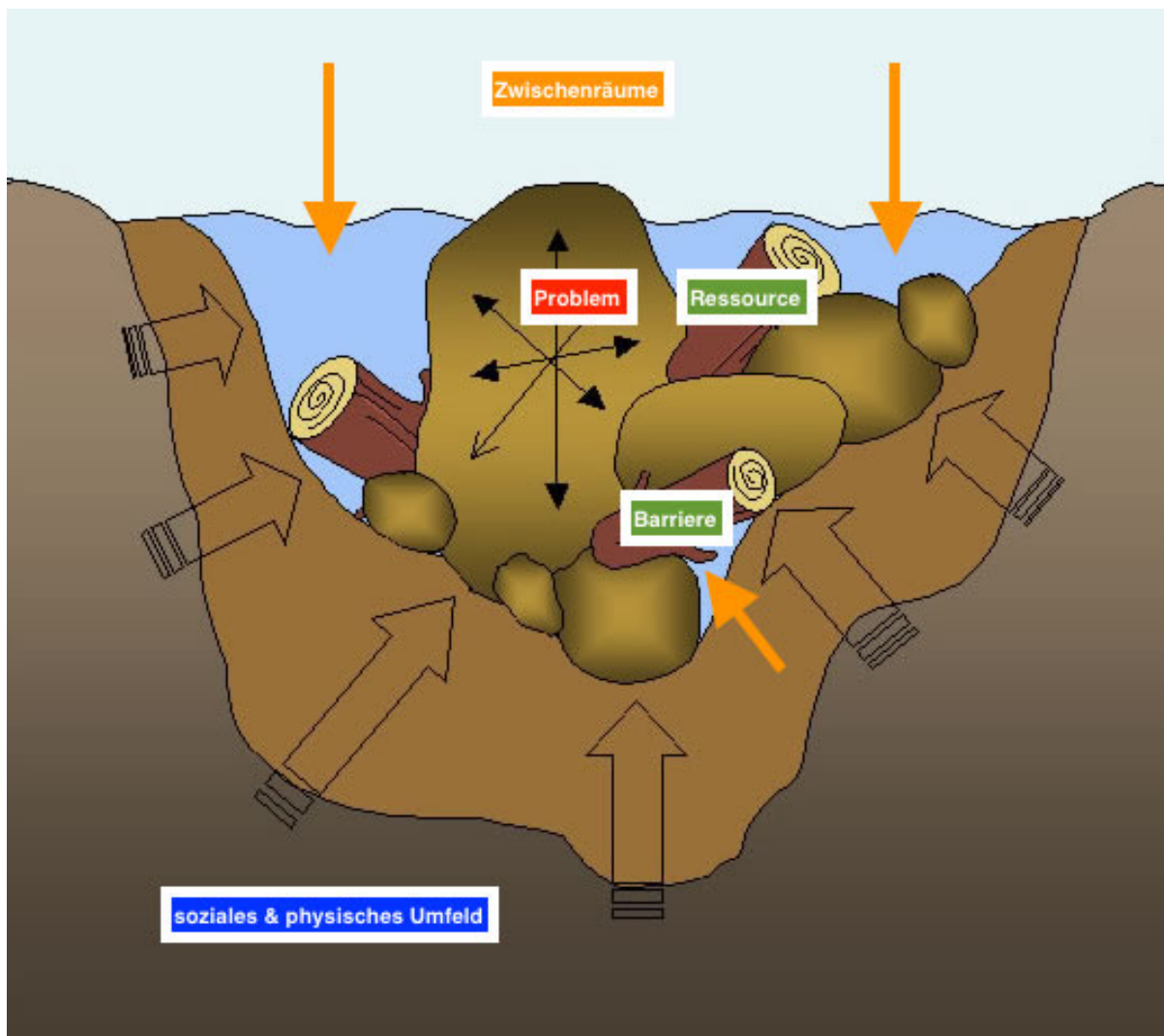


Abbildung 1. Übersicht über das Kawa Modell (University of Toronto, Occupational Science & Occupational Therapy, 2010)

Die Ergotherapie setzt an den Zwischenräumen zwischen den blockierenden Elementen an. Hier kann das Wasser noch fließen und Betätigung\* ist möglich. Ziel ist es, die Zwischenräume zu vergrößern, um den Wasserfluss zu stärken und somit die Lebensqualität zu steigern. Der Fokus liegt im Kawa Modell auf den Stärken. Indem die Stärken freigesetzt werden, erodiert das Wasser die Steine. So können die Steine, bzw. Probleme, im Verlauf des Lebens verkleinert werden. Der Fluss kann seine Form wie auch seine Richtung verändern. Kein Leben ist ohne Hindernisse, kein Fluss ohne Steine (Richardson, Jobson & Miles, 2010).

Laut dem Praxisreport von Richardson et al. (2010) bietet das Kawa Modell eine Möglichkeit für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, die Lebenswelt ihrer Patientinnen und Patienten vertieft zu erforschen. Durch die Anwendung des Modells werden die Klienten und Klientinnen stärker in den therapeutischen Prozess involviert. Es wird respektiert, dass jeder Mensch in einer individuellen Lebenswelt existiert und es unzählige Wahrheiten und Perspektiven auf das Leben gibt. Metaphern wie die des Flusses bieten die Chance, eine komplexe Situation einfach darzustellen und somit besser zu verstehen. Patientinnen und Patienten schätzen vor allem die visuelle Natur des Modells. Da sie ihre Sicht der Situation in eigenen Worten beschreiben können, wird der Dialog in einfacher Sprache anstatt mit Fachjargon geführt. Das Kawa Modell kann als Assessment- und Evaluationsinstrument genutzt werden. Zu diesem Zweck wird der Patient oder die Patientin aufgefordert, die jetzige Situation als Querschnitt durch einen Fluss zu zeichnen. Beim Vergleichen der Zeichnungen werden Entwicklungen aufgezeigt. Auch eine Wunschvorstellung der Zukunft kann so visuell dargestellt werden (Richardson et al., 2010).

In einer Pilotstudie von Paxson, Winston, Tobey, Johnston und Iwama (2012) werden weitere Vorteile des Kawa Modells vorgestellt. Die Teilnehmenden der Studie machen die Erfahrung, dass die Beziehung und Interaktion zwischen Behandelnden und Patienten / Patientinnen verstärkt wird. Durch die Nutzung der Flussmetapher entsteht ein offener Dialog. Die Klienten und Klientinnen können besser über die Faktoren, welche sie in ihren Betätigungen hindern, sprechen. Des Weiteren erlebten Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten eine erhöhte positive Energie während der Behandlung. Wie in der Einleitung beschrieben ist bei der Behandlung von psychisch Erkrankten die Umwelt ein zentraler Aspekt. Die Occupational Deprivation wird laut Whiteford (2000) durch die Umwelt bestimmt. Die gesellschaftlichen und politischen Einstellungen haben grossen Einfluss darauf, welche Möglichkeiten Jugendlichen mit einer psychischen Erkrankung in der beruflichen Ausbildung zur Verfügung stehen (Baer et al., 2016).

In der Schweiz liegt der Anteil von Menschen in der ständigen Wohnbevölkerung mit ausländischer Staatsangehörigkeit bei hohen 24,9 Prozent (Medienmitteilung zur Bevölkerungsentwicklung, 2016). Diese Bevölkerungsgruppe ist einem erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt. Faktoren wie Sprachbarriere und Informationsdefizite können die Gesundheit negativ beeinflussen. Des Weiteren haben viele Migrantinnen und Migranten eine gesundheitsbelastende Arbeitsstelle. Wenn mehrere solcher Faktoren zusammenkommen, besteht eine Mehrfachbelastung, welche zu psychischen Problemen führen kann (Schweizerisches Rotes Kreuz, 2017). Im Jahr 2010 begaben sich laut Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung von Guggisberg et al. (2011) Personen mit Migrationshintergrund, namentlich aus Portugal und Türkei, öfter in psychiatrische Behandlung als Schweizerinnen und Schweizer.

Es muss aufgrund dieser Zahlen davon ausgegangen werden, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen im Arbeitsfeld Psychiatrie vermehrt mit Patienten aus anderen Kulturkreisen arbeiten. Um diesen Klienten und Klientinnen gerecht zu werden, braucht es ein Modell wie das Kawa, welches nicht spezifisch auf unsere westliche Kultur ausgerichtet ist und damit den wichtigen Aspekt des sozialen Umfelds ins Zentrum rückt.



### 3 Methodik

Die Methodik dieser Bachelorarbeit ist eine Literaturanalyse. Bei einer Literaturanalyse werden Studien bewertet mit dem Ziel eine eingangs formulierte Fragestellung zu beantworten. Hierzu werden Datenbanken mit zuvor formulierten Keywords durchsucht und Studien anhand von Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt. Die verwendeten Evaluationinstrumente werden am Ende dieses Kapitels vorgestellt.

#### 3.1 Aufbau der Bachelorarbeit als Literaturanalyse

Der Aufbau dieser Bachelorarbeit beruht sich auf den Leitfaden Bachelorarbeit der Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) (Bsc-Studiengang Ergotherapie, 2016).

Im ersten Kapitel der Arbeit werden die Thematiken der Schizophrenie und die Eingliederung von betroffenen Jugendlichen in den Ersten Arbeitsmarkt der Schweiz geschildert und abgegrenzt. Ausserdem wird die Bedeutung der Problematik für die Ergotherapie dargestellt sowie Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit beschrieben.

Anschliessend werden im Kapitel Theoretischer Hintergrund relevante Begriffe anhand von Fachliteratur erläutert. In diesem Kapitel wird zusätzlich das verwendete ergotherapeutische Modell, das Kawa Modell nach Iwama (2006), eingeführt.

Im Kapitel Methodik wird die Vorgehensweise zur Beantwortung der Fragestellung dargestellt. Die Literaturrecherche sowohl der Auswahlprozess der Hauptstudien wird behandelt. Im Anschluss an die Erläuterung der Methode werden im Kapitel Ergebnisse der Hauptstudien die Resultate der Recherche präsentiert. Die Ergebnisse der Studien werden auf ihre Güte hin analysiert.

Die darauf folgende Diskussion beantwortet die Fragestellung und nimmt dazu einen Vergleich der Hauptstudien vor. Die Diskussion wird durch Einbezug von Nebenstudien vertieft. Der Übertrag ins Kawa-Modell erlaubt die Betrachtung der Ergebnisse unter dem Gesichtspunkt der Ergotherapie.

Zuletzt wird in den Schlussfolgerungen ein Theorie-Praxis Transfer anhand des Kawa Modells generiert (Iwama, 2006). Die Limitationen sowie der weitere Forschungsbedarf werden aufgezeigt.

#### 3.2 Literaturrecherche

Im nachfolgenden Kapitel werden, nach einer Definition der Vorgehensweise in einer Literaturrecherche, die verwendeten Datenbanken, die Keywords sowie die Ein- und Ausschlusskriterien präsentiert.

Die Literaturrecherche ist ein Prozess, bei dem anhand einer Forschungsfrage Literatur gesucht wird, um die Forschungsfrage anschliessend beantworten zu können. Die gefundenen Texte können die Forschungsfrage auch verändern, da die beiden Elemente während des Prozesses immer wieder in Beziehung zu einander gesetzt werden. An diese sogenannte Einstiegssuche schliesst sich die systematische Suche an. Ziel der systematischen Suche ist es, mittels vertiefender Recherche Literatur zu erfassen, die für einen eingegrenzten Themenbereich und spezifischen Aspekt der Fragestellung relevant ist (Ertl-Schmuck, Unger, Mibs & Lang, 2015). Anhand mehrerer systematischen Suchen kann die Fragestellung beantwortet werden.

### 3.2.1 Datenbanken

Die verwendeten Datenbanken sind: CINAHL, Cochrane Library, MEDLINE und PsycINFO. Auf CINAHL sind Pflegezeitschriften sowie Zeitschriften aus anderen Gesundheitsprofessionen aufgeführt. Es wird auch Literatur welche nicht von einem Verlag publiziert wurde mit einbezogen. Dadurch ergibt sich ein vollständigeres Bild zum Themenbereich. Die Cochrane Library bietet Zugriff auf weltweite evidenzbasierte medizinische Literatur. Da in dieser Arbeit Alternativen zur in der Schweiz gängigen Vorgehensweise gesucht werden, orientieren sich die Verfasserinnen an internationalen Standards. MEDLINE bietet unter anderem einen Überblick über psychiatrische Literatur und Forschungsergebnisse. Die Datenbank PsycINFO geht spezifisch auf psychiatrische Themen ein (ZHAW, Department Gesundheit, n.d.). Da diese Arbeit ein psychiatrisches Krankheitsbild behandelt, schliessen die Verfasserinnen die beiden letztgenannten Datenbanken mit ein. Als zusätzliche Quellen werden Fachliteratur der Bereiche Psychiatrie und Arbeitsrehabilitation verwendet sowie spezifische Literatur der Ergotherapie.

### 3.2.2 Keywords

Tabelle 1

Keywordtabelle

Schlüsselbegriffe	Keywords	Synonyme, Ober- und Unterbegriffe
Schizophrenie	schizophrenia	early onset, first episode, psychosis
Jugendliche	juvenile	adolescent, teenager, young adults, youth

Berufseinstieg	entry into the workforce	work integration, employment strategies, job coaching, employment, transition to work, vocational integration
Erster Arbeitsmarkt	competitive employment	
Individual Placement and Support Model	IPS	Supported Employment (SE), Supported Education (SEd)

### 3.2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Tabelle 2

Kriterien zur Auswahl von Hauptstudien

Einschlusskriterien	Begründung
Jugendliche	Die Transitionsphase von Ausbildung zur Berufsausübung findet hauptsächlich in der Lebensphase der Adoleszenz statt. Daher sind Erwachsene und Personen unter 15 Jahren ein Ausschlusskriterium.
Schizophrenie	Der Fokus wird auf die Schizophrenie gelegt, weil sie ein dominierendes Krankheitsbild bei Jugendlichen in der Schweiz ist.
Berufseinstieg und Ausbildung	Die Ausbildung und der spätere Berufseinstieg sind wichtige Entwicklungsschritte in der Lebensphase der Adoleszenz. Ein Berufswiedereinstieg wird deshalb ausgeschlossen.
Erster Arbeitsmarkt	Eine Stelle im Ersten Arbeitsmarkt ist für Jugendliche mit Schizophrenie präferabel wie im Kapitel Problemstellung und Zielsetzung beschrieben.
Publikation $\leq 10$ Jahre	Eine Publikation in den letzten 10 Jahren gewährleistet die Bearbeitung der Fragestellung auf der Basis von aktueller Evidenz.

### 3.3 Begründung Auswahl der Hauptstudien

Die Hauptstudien werden anhand der Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt. Die Teilnehmenden der jeweiligen Studie müssen im Alter der Adoleszenz sein, eine Diagnose des Schizophrenie-Spektrums haben, sich in der Lebensphase des Berufseinstiegs befinden und keine akute Psychose durchleben. Die Studien sollen sich auf den Berufseinstieg im Ersten Arbeitsmarkt fokussieren und nicht vor mehr als zehn Jahren publiziert worden sein. Durch die gefundenen Studien kristallisiert sich die zusätzliche Thematik der unterstützten Ausbildung heraus und wird von den Verfasserinnen in die Arbeit aufgenommen. Es werden qualitative wie auch quantitative Studien berücksichtigt. Anhand dieser Kriterien wurden die folgenden vier Hauptstudien ausgewählt:

- Studie 1: Vocational intervention in first episode psychosis: individual placement and Support vs. Treatment as usual von Killackey, Jackson und McGorry (2008).
- Studie 2: The Individual Placement and Support approach to vocational rehabilitation for young people with first episode psychosis in the UK von Rinaldi et al. (2010).
- Studie 3: Supported Employment outcomes for transition age youth and young adults von Burke-Miller, Razzano, Grey, Blyler und Cook (2012).
- Studie 4: Postsecondary academic achievement and first-episode psychosis: A mixed-methods study von Roy, Rousseau, Fortier und Mottard (2016).

### 3.4 Evaluationsinstrumente

Zu einer Literaturanalyse gehört die Auswertung der ausgewählten Studien. Als Evaluationsinstrument wird das Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA Tabelle) Ris und Puisse-Bleuler (2015) verwendet. Das AICA Format bietet Leitfragen zur strukturierten Zusammenfassung der Studieninhalte sowie deren systematischen Würdigung. Das AICA Format gibt die Kriterien zur Beurteilung der Güte von quantitativen und qualitativen Studien vor. Entsprechend werden die Gütekriterien für Quantitative Forschungsdesigns von Bartholomeyczik, Linhart, Mayer und Mayer (2008) in Ris und Puisse-Bleuler (2015, S. 16) verwendet. Für die Qualitativen Studien werden die 4 Kriterien nach Lincoln und Guba (1985) in Ris und Puisse-Bleuler (2015, S. 20) eingesetzt.

## 4 Ergebnisse der Hauptstudien

Die Ergebnisse der im Kapitel 3.3 vorgestellten Hauptstudien werden hier dargestellt. Die kritische Würdigung sowie die Beurteilung der Güte werden jeweils am Schluss der Zusammenfassung der Studien durchgeführt.

### 4.1 Studie 1 – Vocational Intervention in first episode psychosis: IPS vs. treatment as usual (TAU) (Killackey et al., 2008)

Tabelle 3

Übersicht Studie 1

Ziel	Das Ziel der Studie ist, zu testen ob das IPS-Modell eine nützliche Intervention für junge Menschen mit einer Ersterkrankung an einer Psychose ist.
Studiendesign	Randomisiert kontrollierte Studie (RCT)
Datensammlung	Mittels regelmässiger Interviews wurden Daten zu Anzahl und Dauer von Arbeits- und Ausbildungsstellen, erhaltenen Löhnen und in Anspruch genommenen Sozialhilfeleistungen erhoben.
Stichprobe	41 Menschen mit einer Axis I DSM-IV Diagnose, durchschnittlich 21 Jahre alt, die einen spezialisierten öffentlichen Service für psychische Gesundheit (EPPIIC) in Anspruch genommen haben. Die Teilnehmenden wurden in zwei Studiengruppen (IPS und TAU) eingeteilt. Die Studie wurde in Australien durchgeführt.
Relevanz für BA-Fragestellung	Die Studie erforscht die Effektivität des IPS-Modells für die für unsere Arbeit relevante Altersgruppe (durchschnittlich 21jährig). Die Problematik der Jugendlichen, die ihre Ausbildung nicht abgeschlossen haben wird aufgegriffen. Das IPS-Modell wird als effektiver Lösungsansatz überprüft.

Einer bezahlten Arbeit nachzugehen ist für Menschen mit einer psychischen Erkrankung ein wichtiges, oft ungestilltes Bedürfnis. Um dies den Betroffenen zu ermöglichen, wurde das IPS-Modell entwickelt. Die Effektivität des Modells wurde bisher nur bei chronisch Betroffenen erforscht - nicht aber bei Menschen mit einer Ersterkrankung an einer Psychose. Bei dieser Klientengruppe ist die Arbeitslosenquote besonders hoch. Zudem befinden sie sich oft in der Lebensphase der Adoleszenz, in welcher der Einstieg ins Berufsleben typi-

scherweise stattfindet. Deshalb legen Killackey et al. den Fokus auf junge Menschen mit einer Ersterkrankung an einer Psychose und stellen folgende Hypothesen betreffend der Wirksamkeit des IPS-Modells auf:

1. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Interventionsgruppe erzielen bessere Ergebnisse in Bezug auf Berufstätigkeit oder Ausbildungsstelle als die TAU Gruppe.
2. Personen der Interventionsgruppe erhalten häufiger Arbeitsstellen als die TAU Gruppe.
3. Teilnehmende der Interventionsgruppe arbeiten mehr Wochen am Stück und erhalten höhere Löhne.
4. Weniger Teilnehmende der Interventionsgruppe definieren Sozialhilfe als Haupteinnahmequelle als die Teilnehmenden der TAU Gruppe.

Tabelle 4  
Ergebnisse Studie 1

	Interventionsgruppe IPS (n=20)	Kontrollgruppe TAU (n=21)
Hypothese 1	Teilnehmende erzielen in allen Punkten bessere Ergebnisse.	Teilnehmende erzielen in allen Punkten schlechtere Ergebnisse.
Hypothese 2	13 mit Arbeitsstelle 7 mit Ausbildungsstelle; davon 3 mit anschliessender Arbeitsstelle.	2 mit Arbeitsstelle 5 mit Ausbildungsstelle; davon 1 mit anschliessender Arbeitsstelle.
Hypothese 3	Teilnehmende arbeiten durchschnittlich 8,63 Wochen und verdienen dabei 4449 Australische Dollar (AUD).	Teilnehmende arbeiten durchschnittlich 3,8 Wochen und verdienen dabei 3615 AUD.
Hypothese 4	Sozialhilfe als Haupteinnahmequelle nimmt um 25% Teilnehmende ab.	Sozialhilfe als Haupteinnahmequelle nimmt um 0% Teilnehmende ab.

## Kritische Würdigung der Studie

Die Stichprobe ist sehr klein, was klar die Hauptschwäche der Studie darstellt. Die demographischen und klinischen Daten werden nach Angaben der Forschenden zweimal erhoben, jedoch werden nur die zum Zeitpunkt der Baseline erhobenen Daten aufgeführt und diskutiert. Die Autoren stellen fest dass es Unterschiede bezüglich der demographischen und klinischen Daten zwischen den Studiengruppen gibt. Daraufhin führen sie korrekterweise eine logistische Regressionsanalyse durch um sicher zu gehen, dass unterschiedliche Ergebnisse der Studiengruppen auf die Intervention zurückzuführen sind. Die klinischen Daten fließen kaum in die Diskussion mit ein, was aus Sicht der Verfasserinnen eine Bereicherung dargestellt hätte.

Die statistischen Testverfahren sowie die Logistische Regressionsanalyse werden gewissenhaft durchgeführt. Es wird genau das erforscht, was erforscht werden sollte und dies mit hoher Qualität. Trotz der kleinen Stichprobe und fehlenden Daten werden für diese Bachelorarbeit wichtige Erkenntnisse gewonnen.

### Tabelle 5

#### Beurteilung der Güte Studie 1

Objektivität*	<p>Die Zuteilung der Teilnehmenden auf die Studiengruppen erfolgt durch einen externen Statistiker. Eine Blindung wird nicht vorgenommen. Durch die logistische Regressionsanalyse wird ausgeschlossen, dass die klinischen Daten die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Die Messinstrumente sind allesamt standardisiert weshalb sie objektiv, reliabel und valide sind. Bei allen Teilnehmenden werden die gleichen Messverfahren zu gleichen Zeitpunkten angewendet.</p> <p>Die Teilnehmeranzahl ist relativ klein und die Teilnehmenden werden lediglich aus einer Institution rekrutiert. Da auf diese Punkte von den Forschenden nicht eingegangen wird, kann nicht beurteilt werden ob dadurch ein Bias* entsteht.</p>
Reliabilität*	<p>Die Ergebnisse wären bei Wiederholung der Studie reproduzierbar sofern ein Basisprogramm (vergleichbar mit EPPIC) zur psychiatrischen Behandlung vorhanden ist.</p> <p>Die Messinstrumente sind zuverlässig, da sie standardisiert sind.</p>

Validität*	Das Studiendesign wird in Bezug auf die Fragestellung korrekt gewählt. Mit der Kontrollgruppe wird die Auswirkung des IPS Modells auf Job und Ausbildung mit dem Standard (treatment as usual) verglichen.
------------	--

---

## 4.2 Studie 2 – The Individual Placement and Support approach to vocational rehabilitation for young people with first episode psychosis (Rinaldi et al. 2010)

Tabelle 6

Übersicht Studie 2

Ziel	Welchen Effekt hat die Einführung des IPS Modells mit zusätzlicher Unterstützung für Ausbildung auf die Arbeitslosigkeit von jungen Menschen mit Schizophrenie?
Studiendesign	Prä- und post-Design (keine Kontrollgruppe).
Datenerhebung	Über zwei Jahre. Genauigkeit der Umsetzung des IPS Ansatzes (Fidelity Scale), demographische und klinische Informationen, Status der Erwerbs- bzw. Bildungstätigkeit.
Stichprobe	Junge Personen mit Schizophrenie (96%) zwischen 17 und 32 Jahren (Median 22) welche in einer Institution im Vereinigten Königreich behandelt werden. Zu Beginn sind es 166 Personen, nach zwei Jahren noch 67.
Relevanz für BA-Fragestellung	Die Studie zeigt eine mögliche Lösung auf, wie Jugendliche mit Schizophrenie beim Einstieg ins Berufsleben unterstützt werden können.

---

Die Forschenden führen eine prä-/post-Design Studie durch um zu erheben, ob ein adaptiertes IPS Modell einen positiven Effekt auf Arbeits- und Bildungstätigkeit von jungen Menschen mit Schizophrenie hat. Hierzu integrieren sie einen Employment Specialist in ein bestehendes Rehabilitationsprogramm (ETHOS). Insbesondere soll ein Place and Train\* Ansatz im Gegensatz zum Train and Place\* Ansatz verwendet werden. Dies ist im Einklang mit den Grundsätzen des IPS Modells. Der Employment Specialist wird auf diese Grundsätze hin geschult und ist ausserdem mit der Rehabilitation psychisch Kranker ver-



traut. Seine Aufgabe ist es, eine Verbindung zwischen Behandlungsteam, Arbeitgebern, Sozialamt und Ausbildungsstätten zu knüpfen.

## Resultate

Es wird eine hohe Genauigkeit in der Umsetzung des IPS Ansatzes erreicht (73 von 75 erreichbaren Punkten). Die Anzahl der Patientinnen und Patienten im Ersten Arbeitsmarkt nimmt kontinuierlich zu. Auch diejenigen in Ausbildung nehmen im Verlauf der Erhebung zu, zum letzten Messzeitpunkt dann allerdings etwas ab. Die Anzahl arbeitsloser Teilnehmender nimmt ab. Weniger Patientinnen und Patienten nehmen an strukturgebenden Aktivitäten teil und die Zahl vollständig Unbeschäftigter nimmt von 27% auf 6% ab.

Die Anzahl Auszubildender ist bei der vorliegenden Population höher als in den älteren Bevölkerungsgruppen und entsprechend wenige sind bereits zu Studienbeginn im offenen Arbeitsmarkt tätig. 28% derjenigen, welche in zu Studienbeginn in Ausbildung sind, können am Ende in den Ersten Arbeitsmarkt integriert werden. 56% verbleiben in Ausbildung und 16% brechen wegen Nichtbestehen ab.

Der grösste Unterschied ist bei den zu Studienbeginn Arbeitslosen zu beobachten: 47% derjenigen, welche strukturierende Tätigkeiten ausführen, werden in den Ersten Arbeitsmarkt integriert sowie 40% der vollständig Unbeschäftigten.

Tabelle 7  
Ergebnisse Studie 2

Vocational status	Baseline (N=166)	6 months (n=166)	12 months (n=142)	18 months (n=106)	24 months (n=67)
Open employment	22 (13%)	58 (35%)	62 ( 44%)	51 (48%)	32 (48%)
Mainstream education/ training	41 (25%)	56 (34%)	39 (28%)	35 (33%)	17 (25%)
Work experience/ voluntary work	3 (2%)	4 (2%)	4 (3%)	1 (1%)	2 (3%)

Unemployed, structured activity	55 (33%)	38 (23%)	29 (18%)	16 (15%)	12 (18%)
Unemployed and unoccupied	45 (27%)	10 (6%)	8 (6%)	3 (3%)	4 (6%)

---

Rinaldi et al. (2010, S. 487)

### **Kritische Würdigung**

Die Zahlen, welche die Autorinnen und Autoren präsentieren sehen sehr positiv aus. Da auf eine Kontrollgruppe verzichtet wurde, fehlt der Vergleich. Es wäre interessant zu wissen, welche Ergebnisse das ETHOS Programm ohne den IPS Ansatz erzielt. So bleibt die Effektstärke leider unklar.

Ob die Ergebnisse der Studie auf die gesamte Population der an Schizophrenie erkrankten jungen Menschen übertragbar sind, darf angezweifelt werden. Das ETHOS Programm wird nicht näher beschrieben. Daher kann nicht beurteilt werden, wie sehr sich die Probandinnen und Probanden der Studie von der genannten Gesamtpopulation unterscheiden.

Einen weiteren problematischen Aspekt stellen die zahlreichen Dropouts dar. Von 166 Probandinnen und Probanden bleiben 67 bis zum Abschluss der Studie dabei. 99 Patientinnen und Patienten werden während der Studie aus der Rehabilitationsinstitution entlassen. Es wird nicht beschrieben, aus welchen Gründen die Teilnehmenden entlassen werden. Gründe dafür können sein, dass Behandlungsziele erreicht wurden oder auch, dass die Patientinnen und Patienten in eine weitere Institution verlegt werden. Ohne dieses Wissen kann nicht beurteilt werden, ob und wie die Ergebnisse durch die Dropouts beeinflusst werden.

Nichts desto trotz scheinen die Autorinnen und Autoren einen diskussionswürdigen Ansatz gefunden zu haben. Deshalb fließen die Ergebnisse der Studie in diese Bachelorarbeit ein.

Tabelle 8

## Beurteilung der Güte Studie 2

Objektivität	Die Hohe Anzahl an Dropouts kann die Ergebnisse der Studie beeinflussen. Da nicht genau beschrieben wird weswegen die Teilnehmenden aus der Intervention austraten, kann nicht beurteilt werden ob die Dropouts die Ergebnisse positiv oder negativ beeinflussen. Da die Studie ein Prä-Post-Design ist, ist keine Randomisierung und Blindung möglich. Es wurden keine Daten zu kognitiven Funktionen der Teilnehmenden erhoben. Ausser der Fidelity-Scale werden keine standardisierten Messinstrumente verwendet. Für die erhobenen Daten (demografische Daten, Diagnosen und Arbeitsstatus) sind keine standardisierten Messinstrumente zwingend notwendig.
Reliabilität	Die Ergebnisse wären bei Wiederholung der Studie reproduzierbar sofern ein Basisprogramm (vergleichbar mit ETHOS) zur psychiatrischen Behandlung vorhanden ist.
Validität	Mangels einer Kontrollgruppe (Intervention ohne IPS) kann nicht beurteilt werden ob die Intervention effektiver ist als die Standardbehandlung des ETHOS. Das Ziel, nämlich die Evaluation der Einführung des IPS-Modells in Bezug auf Arbeitslosigkeit, wurde erreicht. Die Arbeitslosigkeit verringert sich durch das IPS-Modell deutlich.

### 4.3 Studie 3 – SE outcomes for transition age youth and young adults (Burke-Miller et al., 2012)

Tabelle 9

## Übersicht Studie 3

Ziel	Ziel ist es herauszufinden, welche Altersgruppe am meisten von der Intervention Supported Employment profitiert, deren Wirksamkeit in einer vorgängigen Studie erforscht wurde.
Studiendesign	Eine Vergleichsstudie innerhalb eines RCT

Datensammlung	Es werden in 3 Altersgruppen Daten zum Anstellungsstatus während der Studie gesammelt.
Stichprobe	1272 Menschen mit einer Axis I DSM-IV Diagnose, Teilnehmer der vorgängigen Studie, zwischen 18 und 76 Jahre alt, leben in den USA (Arizona, Connecticut, Maine, Maryland, Massachusetts, South Carolina und Texas).
Relevanz für BA-Fragestellung	Die Studie legt den Fokus auf die Auswirkung der Intervention Supported Employment auf verschiedene Altersgruppen. Für unsere Arbeit sind die Daten der beiden jüngeren Vergleichsgruppen relevant.

---

Innerhalb der Studie zum Employment Intervention Demonstration Program (EIDP) wurde die Wirksamkeit von Supported Employment (SE) für an Schizophrenie Erkrankte erwiesen. Die Wirkung des SE auf verschiedene Altersgruppen wurde noch nicht erforscht. Deshalb führen Burke-Miller et al. eine zusätzliche Erhebung mit drei Altersgruppen (18-24, 35-30 und 30+) innerhalb des Employment Intervention Demonstration Program (EIDP) durch. Innerhalb des EIDP werden eine Interventionsgruppe (SE-Gruppe) und eine Kontrollgruppe ohne SE randomisiert erstellt. Zudem werden zwei Arbeitsformen unterschieden: Teilnehmende gehen einer beliebigen Arbeit nach oder haben eine Stelle im wettbewerbsorientierten Arbeitsmarkt inne.

## Ergebnisse

- Die Jugendlichen und die jungen Erwachsenen haben im Vergleich zu den älteren Erwachsenen gesamthaft mehr Arbeitsstellen. Dies sowohl bei der beliebigen Arbeit wie auch im wettbewerbsorientierten Arbeitsmarkt.
- Werden die Jugendlichen und die jungen Erwachsenen verglichen, haben die jungen Erwachsenen gesamthaft mehr Arbeitsstellen. Auch hier schneiden die jungen Erwachsenen in beiden Arbeitsformen gut ab.
- In der Altersgruppe der Jugendlichen hat jedoch interessanterweise die Kontrollgruppe ohne SE mehr Arbeitsstellen, dies in beiden Arbeitsformen.
- In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen und der älteren Erwachsenen liegen die SE-Gruppen im Vergleich zu den Kontrollgruppen vorne. Doch nur in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen wird dieser Unterschied anhand einer weiteren Analyse als signifikant befunden.

Somit kann zusammenfassend gesagt werden, dass die jungen Erwachsenen am meisten von der Intervention „Supported Employment“ profitiert haben.

### **Kritische Würdigung**

Die allgemein hohe Anzahl der Teilnehmenden macht diese Studie sehr glaubwürdig. Die vergleichsweise kleine Stichprobe bei der Altersgruppe der Jugendlichen kann die Ergebnisse verzerren. Zudem zielt die Intervention Supported Employment darauf ab, eine Arbeitsstelle möglichst lange zu behalten. Dies entspricht allerdings nicht unbedingt den Zielen der Altersgruppe der Jugendlichen, welche sich noch in der Berufsfindung befinden und sich durch häufige Arbeitsstellenwechsel ein umfassendes Bild der Arbeitswelt machen.

Die Ergebnisse dieser Studie sind mit Vorsicht zu geniessen. Dennoch ist es eine der grössten und umfangreichsten Studien in diesem Forschungsfeld. Der Fokus auf die Altersgruppen macht die Studie relevant für die Fragestellung dieser Bachelorarbeit.

#### **Tabelle 10**

##### **Beurteilung der Güte Studie 3**

---

Objektivität	In der vorgängigen Studie wurde eine Randomisierung der Studienteilnehmenden in zwei Studiengruppen erfolgreich vorgenommen (keine Unterschiede in den demographischen Daten). In der vorliegenden Studie werden die bestehenden Studiengruppen in drei Altersklassen eingeteilt um den Effekt der Intervention in Bezug auf das Alter zu ermitteln. Es wird nicht erwähnt, ob eine Blindung durchgeführt wurde oder nicht.  Da die Ergebnisse der vorgängigen Studie in neue Kategorien eingeordnet und keine neuen Erhebungen durchgeführt werden, sind keine Messinstrumente nötig.
Reliabilität	Da die Studie in vielen verschiedenen Kliniken durchgeführt wurde, sind die Ergebnisse bei Wiederholung innerhalb den USA reproduzierbar.
Validität	Das Studiendesign ist zur Beantwortung der Forschungsfrage angemessen. In der jüngsten Kohorte sind zu wenig Teilnehmende um ein valides Ergebnis zu erhalten. Um dies zu verhindern, hätten die Forscher eine eigene Rekrutierung vornehmen müssen.

---

#### 4.4 Studie 4 – Postsecondary academic achievement and first-episode psychosis: A mixed methods study (Roy et al. 2016)

Tabelle 11

Übersicht Studie 4

Ziel	<p>Drei Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Unterschiede im Mass an Partizipation, Performanz und Zufriedenheit in postsekundärer Bildung zwischen jungen Erwachsenen mit einer ersten psychotischen Episode und vergleichbaren gesunden Probanden nachweisen.</li><li>- Charakteristika welche mit akademischer Partizipation assoziiert sind identifizieren.</li><li>- Den Prozess, welcher mit Ausbildungserfahrungen verknüpft ist erforschen.</li></ul>
Studiendesign	Mixed-methods* mit Triangulation* und kontinuierlicher Datenanalyse.
Datenerhebung	<p>Quantitativ: Instrumental Role Functioning aus der Quality of Life Scale sowie ein eigens für die Studie entwickeltes Messinstrument zu Entwicklungsmarkern.</p> <p>Qualitativ: Semi-strukturierte Interviews.</p>
Stichprobe	<p>Zwei aufeinander abgestimmte Vergleichsgruppen. Eine Gruppe mit Erkrankten und eine Gruppe mit gesunden Vergleichspersonen. Probanden im Alter von 18-30 Jahren aus verschiedenen kanadischen Kliniken.</p> <p>Quantitativ: n=100</p> <p>Qualitativ: n=52 aus quantitativer Gruppe rekrutiert.</p>
Relevanz für BA-Fragestellung	Die Ausbildung (inkl. akademische Bildung) ist Teil des beruflichen Werdegangs vieler Jugendlicher. In den heutigen Industriestaaten streben immer mehr junge Menschen eine postsekundäre Ausbildung an: Höher qualifizierte Arbeitskräfte sind gefragt.

Laut den Autorinnen und Autoren der vorliegenden Studie konzentriert sich die Rehabilitation junger Menschen nach einer psychischen Ersterkrankung oft auf die symptomatische Erholung. Dabei liegt das Augenmerk zu wenig auf dem funktionellen Ergebnis (=Partizipation in bedeutungsvollen Lebensbereichen), welches in der Folge nicht auf demselben Niveau ist. Die Forschung bietet ausserdem wenige Erkenntnisse zur postsekundären Bildung als Bereich der funktionellen Erholung.

In dieser Mixed-methods Studie vergleichen die Autoren eine Gruppe von jungen Erwachsenen mit einer ersten Episode einer Psychose (Schizophrenie, Schizophrenieform oder Schizoaffective Störung) mit einer abgestimmten Gruppe gesunder junger Menschen. Die Hypothesen bezüglich der Unterschiede sind:

1. Personen mit einer psychischen Ersterkrankung sind weniger in akademische Bildung involviert als die gesunde Vergleichsgruppe.
2. Die Performanz der Erkrankten im Bereich Bildung ist geringer.
3. Personen mit einer psychischen Ersterkrankung sind weniger zufrieden mit ihrer akademischen Laufbahn.

Tabelle 12

#### Ergebnisse Studie 4

Gruppe Ersterkrankte	Gesunde Vergleichsgruppe
22% sind in ein akademisches Bildungsprogramm eingeschrieben.	54% sind eingeschrieben.
Performanz im Bereich Bildung ist niedriger.	Performanz ist höher.
Zufriedenheit mit der Performanz ist niedriger.	Zufriedenheit ist höher.
Persönliche Motivation und langfristige Ziele werden als Voraussetzungen für Erfolg gesehen.	Kognitive und soziale Fähigkeiten als Erklärung der Teilnehmenden für den Erfolg.
Familie sowie weitere Faktoren wie Wohnsituation werden als unterstützend wahrgenommen.	Peers und Studiengruppen helfen den Teilnehmenden bei den mit dem Studium verbundenen Aufgaben.

Familie bietet finanzielle Unterstützung.      Nebenjob zur Finanzierung notwendig.

Die akademische Bildung ist erste Priorität, andere Lebensbereiche (soziale Partizipation) werden vernachlässigt.      Teilnehmende verteilen ihre Energie auf viele verschiedene Lebensbereiche.

---

Die Teilnehmenden der Gruppe Ersterkrankter benutzen verschiedene reflektierte Strategien: Sie lassen sich finanziell von ihren Eltern unterstützen, damit sie nicht Energie für einen Nebenjob aufwenden müssen. Ausserdem wählen sie wenn möglich Klassen, in denen die sozialen Interaktionen beschränkt sind (z.B. Onlinekurse). Ihre Ansprüche bezüglich der Noten sind vor allem, die Kurse zu bestehen. Bestnoten haben keine Priorität. Die Autorinnen und Autoren der Studie empfehlen Gesundheitsfachpersonen, diese Strategien als Stärken bzw. Ressourcen zu nutzen.

Auch Barrieren werden durch die Studie aufgezeigt. Dies sind zum einen finanzielle Aspekte, zum anderen die fluktuierende Motivation von an Schizophrenie erkrankten Personen. Es werden Stigmen gegenüber psychisch Kranken als weiteres Hemmnis genannt.

### **Kritische Würdigung**

Die Hypothesen, welche die Forschenden eingangs formulieren, bewahrheiten sich teilweise.

Da es sich bei der Studie um ein Mixed-methods Design handelt, ist die Evidenz hoch. Die Triangulation verschiedener Daten und Methoden (qualitativ und quantitativ) verringert systematische Fehler und ermöglicht ein reichhaltiges Bild des Forschungsthemas. Somit ist die interne Validität gegeben. Die Stichprobenziehung wird nicht vollständig beschrieben und es kann nicht beurteilt werden, inwieweit sich die Ergebnisse generalisieren lassen. Dies schränkt die externe Validität ein. Ausserdem ist eines der verwendeten Messinstrumente eigens für die Studie entwickelt worden und damit nicht validiert.

Insgesamt bietet die Studie wertvolle und fundierte Ergebnisse, welche zur Beantwortung der Fragestellung dieser Bachelorarbeit beitragen, indem sie aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen bezüglich Ausbildung aufgreift.



Tabelle 13

Beurteilung der Güte (Quantitative Daten) Studie 4

---

Objektivität	<p>Die Teilnehmenden werden automatisch in die beiden Studiengruppen (Gesund/Krank) eingeteilt, dadurch kann weder eine Randomisierung noch eine Blindung vorgenommen werden. Die Studiengruppe der Gesunden wird auf die Studiengruppe der Kranken gematcht - d.h. es wird ausgeschlossen, dass die Unterschiede in den Ergebnissen auf die demographischen Daten zurückzuführen sind.</p> <p>Ein Messinstrument (Quality of Life Scale) ist standardisiert - das andere wurde eigens für die Studie entwickelt und ist somit nicht standardisiert.</p>
Reliabilität	<p>Da die Studie in vielen verschiedenen Kliniken durchgeführt wurde, sind die Ergebnisse bei Wiederholung innerhalb von Kanada reproduzierbar. Die Quality of Life Scale ist ein reliables Messinstrument. Beim nichtstandardisierten Messinstrument kann die Reliabilität nicht beurteilt werden.</p>
Validität	<p>Das Studiendesign ist zur Erhebung der Unterschiede zwischen Erkrankten und Nicht-Erkrankten geeignet. Für die restlichen Ziele ist der qualitative Ansatz geeignet, welcher bei einer Mixed-Method-Studie gegeben ist. Durch die Triangulation der quantitativen und qualitativen Daten ist eine hohe Validität gegeben.</p>

---

Tabelle 14

Beurteilung der Güte (Qualitative Daten) Studie 4

---

Bestätigung*	<p>Die Interviews werden von drei Personen mit verschiedenen beruflichen Hintergründen (Ergotherapie, Medizin) durchgeführt. Dadurch werden der Prozess und die Ergebnisse von mehreren Perspektiven betrachtet. Allerdings wird keine externe Auditperson hinzugezogen.</p>
--------------	--

---

Zuverlässigkeit*	<p>Mit theoretischen Memos ist ein konstanter Austausch gewährleistet. Die Forschenden erheben solange Daten bis Wiederholungen vorkommen und somit die Datensättigung erreicht ist.</p> <p>Es wird kein Hochschulinternes oder -externes Gremium zur Überprüfung erwähnt. Da die Studie aber von mehreren namhaften Institutionen des kanadischen Gesundheitswesens (Canadian Institutes of Health Research und Fond de Recherche en Santé du Québec) unterstützt wird, wird angenommen, dass die Daten zuverlässig sind.</p>
Glaubwürdigkeit*	<p>Die Strategie der Triangulation wird angewendet. Die Diskussion unter den Forschenden ist gegeben. Das Member-Checking wird nicht erwähnt.</p> <p>Die Teilnehmenden werden aufgrund der Ergebnisse der Quality of Life Scale in die Kategorien high-functioning und low-functioning eingeteilt. So können Ergebnisse dieser Kontrastgruppen gesondert angeschaut werden.</p>
Übertragbarkeit*	<p>Die Teilnehmenden sind an vielen unterschiedlichen akademischen Bildungsprogrammen eingeschrieben, daher werden die Settings durch die Forschenden nicht beschrieben. Durch die Verwendung von Zitaten kann sich der Leser / die Leserin in die Situation hineinversetzen und Probleme nachvollziehen. Dadurch kann indirekt auf die Settings geschlossen werden.</p>

---

## 5 Diskussion

In der Diskussion werden die Ergebnisse der vier Hauptstudien zunächst in Bezug zum Kawa Modell gesetzt. Danach werden die Studienergebnisse untereinander verglichen um Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede darzustellen. Der Bezug zur Fragestellung wird vorgenommen.

### 5.2 Vergleiche der Studien untereinander und Bezug zur Fragestellung

Die Übertitel dieses Kapitels entsprechen den Aspekten der Fragestellung. Die Beantwortung der Fragestellung erfolgt in der Schlussfolgerung.

#### 5.2.1 Anwendbarkeit des IPS Modells auf Jugendliche und junge Erwachsene mit Schizophrenie

Die Hauptstudie von Rinaldi et al. (2010) sagt aus, dass das IPS Modell mit Jugendlichen, welche an einer Schizophrenie erkrankt sind, durchführbar ist. Die Arbeitslosigkeit nimmt mit IPS stark ab und die Beschäftigung im Ersten Arbeitsmarkt zu. Burke-Miller et al. (2012) bestätigen diese Ergebnisse. Auch in dieser Hauptstudie nimmt die Anzahl Teilnehmenden der Interventionsgruppe, welche im Ersten Arbeitsmarkt beschäftigt sind, zu. Zudem erzielt Supported Employment bzw. IPS bei Jugendlichen von 18 bis 24 Jahren sowie jungen Erwachsenen (25-30 Jahre) sogar bessere Ergebnisse als bei älteren Erwachsenen (30+). Die Studie zeigt auch eine mögliche Einschränkung der Wirksamkeit des IPS Ansatzes bei jungen Personen auf. Jugendliche tendieren dazu, ihren Arbeitgebern häufiger zu wechseln um eine breite Perspektive auf verschiedene Berufsfelder zu gewinnen. Ein Ziel der Arbeitsrehabilitation ist jedoch, dass Patienten und Patientinnen ihre Arbeitsplätze möglichst lange behalten. Der IPS Ansatz kann laut Killackey et al. (2008) dennoch die Flexibilität für die berufliche Exploration bieten. Wie im Kapitel 2.4 beschrieben, ist ein Grundsatz des IPS Modells, dass die Präferenzen des Klienten / der Klientin berücksichtigt werden.

Killackey et al. (2008) erwähnen neben der Arbeit auch die Ausbildung als wichtigen Bestandteil beim Berufseinstieg. Bei Ausbildung wie auch Beruf erzielen junge Erwachsene mit IPS bessere Ergebnisse als eine Kontrollgruppe. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe erhalten mehr Stellen, mehr Lohn und sind weniger von Sozialhilfegeldern abhängig.

### 5.2.2 Ausbildung als Hauptunterschied in der Arbeitsrehabilitation von Jugendlichen verglichen mit Erwachsenen

Die zwei Hauptstudien von Rinaldi et al. (2010) und Burke-Miller et al. (2012) erwähnen die Ausbildung als Bestandteil der Arbeitsrehabilitation junger Erwachsener. Burke-Miller et al. (2012) weisen darauf hin, dass Jugendliche mit Schizophrenie ihre Schul- und Berufsbildung oft nicht abschliessen können. Diejenigen, welche ihre Ausbildung beenden können, haben laut Burke-Miller et al. (2012) grössere Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Rinaldi et al. (2010) passen aufgrund dieser Problematik das IPS Modell an, so dass neben Supported Employment auch Supported Education inkludiert wird.

Eine weitere Studie von Ellison et al. (2015) wählt den gleichen Ansatz mit dem Ziel, diesen zu verfeinern und die Durchführbarkeit mit der Zielpopulation (junge Erwachsene von 17 bis 20 mit psychischen Erkrankungen) zu untersuchen. Dabei wird während 12 Monaten Daten zu beruflichen und akademischen Erfolgen, die durch den neuen Ansatz entstanden sind, gesammelt. Neben der Inklusion der Supported Education setzen die Forschenden neue Methoden ein, wie altersnahe Peermentoren, ein Spezialist für den akademischen Bereich und die Fokussierung auf die Entwicklung der beruflichen Laufbahn. In der 12 monatigen Periode haben 49% der 35 Teilnehmenden einen Job oder einen Platz in einem Bildungsprogramm inne.

Roy et al. (2016) gehen speziell auf die postsekundäre oder akademische Bildung ein. Die Autorinnen und Autoren der Studie sagen aus, dass die akademische Bildung in der Gesellschaft immer wichtiger wird, da hoch spezialisierte Arbeitskräfte gefragt sind. Entsprechend muss die akademische Ausbildung als wichtiger Bestandteil der Lebensphase der Berufsfindung in die Rehabilitation miteinbezogen werden. Roy et al. (2016) zeigen auf, dass junge Erwachsene mit Schizophrenie klar benachteiligt sind wenn es um postsekundäre Bildung geht.

Rinaldi et al. (2010) und Burke-Miller et al. (2012) geben das IPS Modell als möglichen Lösungsweg des von Roy et al. (2016) aufgezeigten Problems an.

### 5.2.3 Weitere Aspekte, die bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ferner zu beachten sind

#### **Rolle der Familie**

Roy et al. (2016) erwähnen Vorbehalte von Familienangehörigen sowie von Gesundheitspersonal bezüglich Ausbildungschancen als Barriere. Aus diesen Vorbehalten wird leicht das Stigma, dass Jugendliche mit psychischen Erkrankungen nicht fähig sind, eine regelhafte Ausbildung zu absolvieren und später auf dem Ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein.

Von Roy et al. (2016) sowie Killackey et al. (2008) werden die Finanzen als weitere Barriere genannt. Dies hat verschiedene Gründe. Killackey et al. (2008) bezeichnen vor allem die Abhängigkeit von Sozialhilfe als hinderlich. Laut Roy et al. (2016) stellen fehlender finanzieller Support sowie ungenügende Informationen diesbezüglich Hindernisse dar. Für die Teilnehmenden dieser Studie ist die finanzielle Unterstützung durch die Familie hilfreich.

Weitere mögliche Rollen der Familienangehörigen werden in einer Studie von Gaal, Van Weeghel, Van Campen und Linszen (2002) erforscht. Im Trainee Programm werden Eltern und weitere Angehörige involviert, indem sie Praktikumsplätze für die Jugendlichen mit Schizophrenie finden oder sogar anbieten. Das Projekt wurde entwickelt, weil Eltern und Behandelnde feststellten, dass die Jugendlichen nach dem Austritt aus der Rehabilitation oft nicht die Energie haben, an regulären Ausbildungsprogrammen teilzunehmen. Familie, medizinisches Fachpersonal und Arbeitgebende arbeiten zusammen, um den jungen Menschen ein Praktikum im Ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Die Aufnahmebedingungen sind, entsprechend dem IPS Modell, niedrig gehalten. Des Weiteren wird ein langfristiger Ansatz angestrebt.

Die Ergebnisse zeigen, dass es möglich ist, Praktikumsplätze in normalen Unternehmen für an Schizophrenie Erkrankte zu finden, welche ihren Interessen entsprechen. Die Betroffenen erzählen von erhöhtem Selbstwertgefühl und in wenigen Fällen führt das Projekt zu einer bezahlten Stelle.

Die Eltern berichten, dass es sehr wertvoll für sie war zu erfahren, dass sie wirklich etwas für ihre Kinder tun können nachdem sie lange hoffnungslos waren. Die Erwartungen an den Einbezug der Familie sollten allerdings nicht zu hoch sein. Die Eltern sind bereits belastet durch Schuld- und Schamgefühle sowie ihre tägliche Rolle als Bezugsperson. Entsprechend muss man bei diesem Ansatz zufrieden sein, wenn sich nur wenige Elternteile als Job anbietende engagieren. Auch die weniger grosse Rolle des Jobvermittelnden ist bereits sehr wertvoll. Wenn Eltern mit ihren eigenen oder auch mit fremden Kindern im gleichen Betrieb zusammenarbeiten, müssen ausserdem weitere Aspekte beachtet werden. Bei den eigenen Kindern besteht die Herausforderung, dass Familienangehörige die Praktikantinnen und Praktikanten tatsächlich als solche sehen, ungeachtet der Familienbande. Wenn Elternteile ein Praktikum nicht für das eigene Kind anbieten, müssen sie in der Lage sein, zwischen den Leistungen und Möglichkeiten des Praktikanten / der Praktikantin und denen ihres Kindes zu unterscheiden.

## **Einstellungsgespräch**

Laut Smith et al. (2015) bekommen Menschen mit Schizophrenie wenig Jobs und das Einstellungsgespräch stellt eine kritische Barriere dar. Die Raten können mit IPS verbessert werden. Allerdings ist der IPS Ansatz trotz seiner erwiesenen Effektivität in vielen Institutionen nicht implementiert. Das Training mit virtuellen Jobinterviews ist einfach umzusetzen und kann auch unabhängig vom IPS Modell mit Erfolg umgesetzt werden. Die Probandinnen und Probanden der Studie empfinden das Training als einfach und angenehm in der Anwendung. Es verbessert das Selbstbewusstsein für spätere reale Jobinterviews. Im Rollenspiel, welches ein Einstellungsgespräch simuliert, zeigen die Teilnehmenden verbesserte Ergebnisse. Bei einer Folgeuntersuchung sechs Monate nach Ende des Trainings wird ermittelt, dass die Teilnehmenden mit virtuellem Training bessere Chancen haben, einen Job zu erlangen. Sie müssen weniger lange suchen, bis sie ein Jobangebot bekommen (Smith et al., 2015).

## **Beruflicher Werdegang / Erwerbsbiographie**

Wie unter Prädiktoren beschrieben, kann nach Catty et al. (2008) in Nordt et al. (2012, S. 2) die Erwerbsbiographie einen Einfluss auf die erfolgreiche Jobsuche haben. Arbeitgebende möchten gerne Referenzen der Jobsuchenden sehen, welche ihre Kompetenzen belegen. Auch Burke-Miller et al. (2012) betonen die Wichtigkeit der Erwerbsbiographie. Kann ein Jobsuchender von kürzlicher erfolgreicher Arbeitserfahrung berichten, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass er eingestellt wird. Ausserdem verstärkt eine positive Erwerbsbiographie die Hoffnung der Erkrankten und somit indirekt ihre Chancen, ins Berufsleben wiedereinsteigen zu können.

Die Ergebnisse der Hauptstudie von Rinaldi et al. (2010) widersprechen diesen Erkenntnissen von Burke-Miller et al. (2012) zum Teil. Auch Rinaldi et al. (2010) beschreiben die Erwerbsbiographie als Prädiktor. Allerdings weisen sie darauf hin, dass dies nicht für alle Altersgruppen gleichermassen gilt. Bei jungen Erwachsenen kann davon ausgegangen werden, dass potentielle Arbeitgebende aufgrund des jungen Alters keine Arbeitserfahrung erwarten. Die Autoren und Autorinnen betonen, dass ihre Studie die einzige im Vereinigten Königreich ist, welche die Erwerbsbiographie nicht als wichtigen Prädiktor bezeichnet. Es wird erwähnt, dass bezüglich Prädiktoren für diese Altersgruppe weitere Forschung nötig ist.

## **Finanzierung**

Wittenburg, Golden und Fishman (2002) argumentieren in der Hauptstudie von Burke-Miller et al. (2012, S. 177-178), dass sich Jugendliche, die sowohl SE als auch Supplemental Security Income\* (SSI) erhalten, in einem Dilemma befinden. Das SE ermutigt die Jugendlichen eine Arbeitsstelle zu finden und bestärkt sie darin, ins Berufsleben einzusteigen. Das SSI bietet finanzielle Absicherung für Menschen mit einer Behinderung. Die finanziellen Leistungen des SSI werden gekürzt, wenn der Bezüger oder die Bezügerin eine bezahlte Arbeitsstelle inne hat. Dadurch nehmen die Jugendlichen widersprüchliche Botschaften wahr. Dieses Problem wird dadurch verstärkt, dass die Anstellung der Jugendlichen ihren Familien den Zugriff auf SSI Geldleistungen verunmöglichen. Dies kann dazu führen, dass Eltern ihren Kindern nur halbherzige Unterstützung bei den anfänglichen und zukünftigen Arbeitsversuchen bieten.

## **Soziale Fertigkeiten : Das Clubhouse Modell\***

Bei diesem Artikel handelt es sich um eine randomisiert kontrollierte Studie von Schonebaum und Boyd (2012). Über fünf Jahre werden 177 junge Erwachsene (18+) mit einer psychischen Krankheit (Bipolare Störung, Schizophrenie und damit verbundene Krankheitsbilder) untersucht. Das Clubhouse Modell bietet den Teilnehmenden ein Umfeld, in welchem sie soziale Fertigkeiten trainieren können. Dieser Ansatz integriert das Training der sozialen Fertigkeiten in das IPS-Modell. Alle Teilnehmenden erhalten eine festgelegte Aufgabe im Haushalt. Dieses strukturierte Zusammenleben in einem mit einer Wohngemeinschaft vergleichbaren Umfeld fördert die soziale Kompetenz. Die Autoren wollen herausfinden, ob dieses Alleinstellungsmerkmal des Clubhouse Modells einen direkten positiven Einfluss auf die Resultate hat, nämlich eine längere Dauer des Arbeitsverhältnisses. Die durchschnittliche Dauer des Arbeitsverhältnisses nimmt bei der Interventionsgruppe zu, wenn die Teilnehmenden sich regelmässig an Aufgaben im Haushalt beteiligen, bevor das Arbeitsverhältnis zu Stande kommt.

Im Gegenzug dazu nimmt die durchschnittliche Dauer des Arbeitsverhältnisses bei der Interventionsgruppe ab, wenn die Teilnehmenden während des Arbeitsverhältnisses im Ersten Arbeitsmarkt zusätzlich Haushaltsaufgaben erledigen müssen.

## **5.2 Bezug zum Kawa Modell**

In diesem Kapitel werden die vorgängig diskutierten Ergebnisse in Bezug mit dem Kawa Modell gesetzt. Dies soll ein vertieftes Verständnis ermöglichen sowie einen anderen Blickwinkel ermöglichen. Der Zusammenhang mit den Ergebnissen wird hier erläutert,

damit im Schlussteil der Theorie-Praxis Transfer aufgrund des Modells vorgenommen werden kann.

Das Flussbett, also die physische und soziale Umwelt, ist in allen vier Hauptstudien zentral. Der Aspekt des Ersten Arbeitsmarktes und dessen Anforderungen wird von allen Autorinnen und Autoren diskutiert. Roy et al. (2016) nehmen spezifisch Bezug auf die gesellschaftliche Entwicklung, dass die Bedeutung der akademischen Bildung für den Erfolg im Ersten Arbeitsmarkt zunimmt. Neben den Bedingungen des Arbeitsmarktes, ist auch der Aufbau des Gesundheitssystems ein wesentlicher Aspekt, der die Form des Flussbetts bestimmt. Auch die Barrieren, welche durch das Stigma entstehen, gehören zu den Umweltbedingungen. Die Unterstützung der Familie ist ebenfalls ein Faktor, welcher formgebend für das Flussbett ist (Roy et al., 2016).

Die Probleme oder Steine werden ebenfalls durch die Autorinnen und Autoren der Hauptstudien beschrieben. Grundproblem ist die Schizophrenie und die damit verbundenen Einschränkungen durch die Symptome. Diesen Stein ganz zu entfernen wäre ein unrealistisches Ziel. Wie in der Einleitung, Kapitel 1.5 beschrieben, ist eine Vollremission der Schizophrenie eher unwahrscheinlich (Eggers, 2011). Wichtig ist daher, dass das Wasser am Stein vorbeifliessen kann oder anders gesagt, dass die Betroffenen trotzdem nach ihren Vorstellungen partizipieren können. Der Stein, auf welchem der Fokus der Intervention liegt, ist die Arbeitslosigkeit bzw. fehlende oder abgebrochene Ausbildung. Durch diesen Stein entsteht das weitere Problem der finanziellen Unsicherheit, wie Killackey et al. (2008) sowie Roy et al. (2012) diskutieren. Letztere nennen die Familie als unterstützenden Faktor, welcher die Form des Flussbetts begünstigend verändern kann, sodass das Wasser auch an diesem Stein vorbeifliesst.

Das Treibholz entspricht den im Kapitel 2.3 beschriebenen Prädiktoren. Der in dieser Arbeit wichtigste Prädiktor ist eine abgeschlossene Ausbildung. Die Motivation, eine Arbeitsstelle zu erlangen, ist bei allen vier Hauptstudien Einschlusskriterium und kann als weiteres Stück Treibholz gesehen werden.



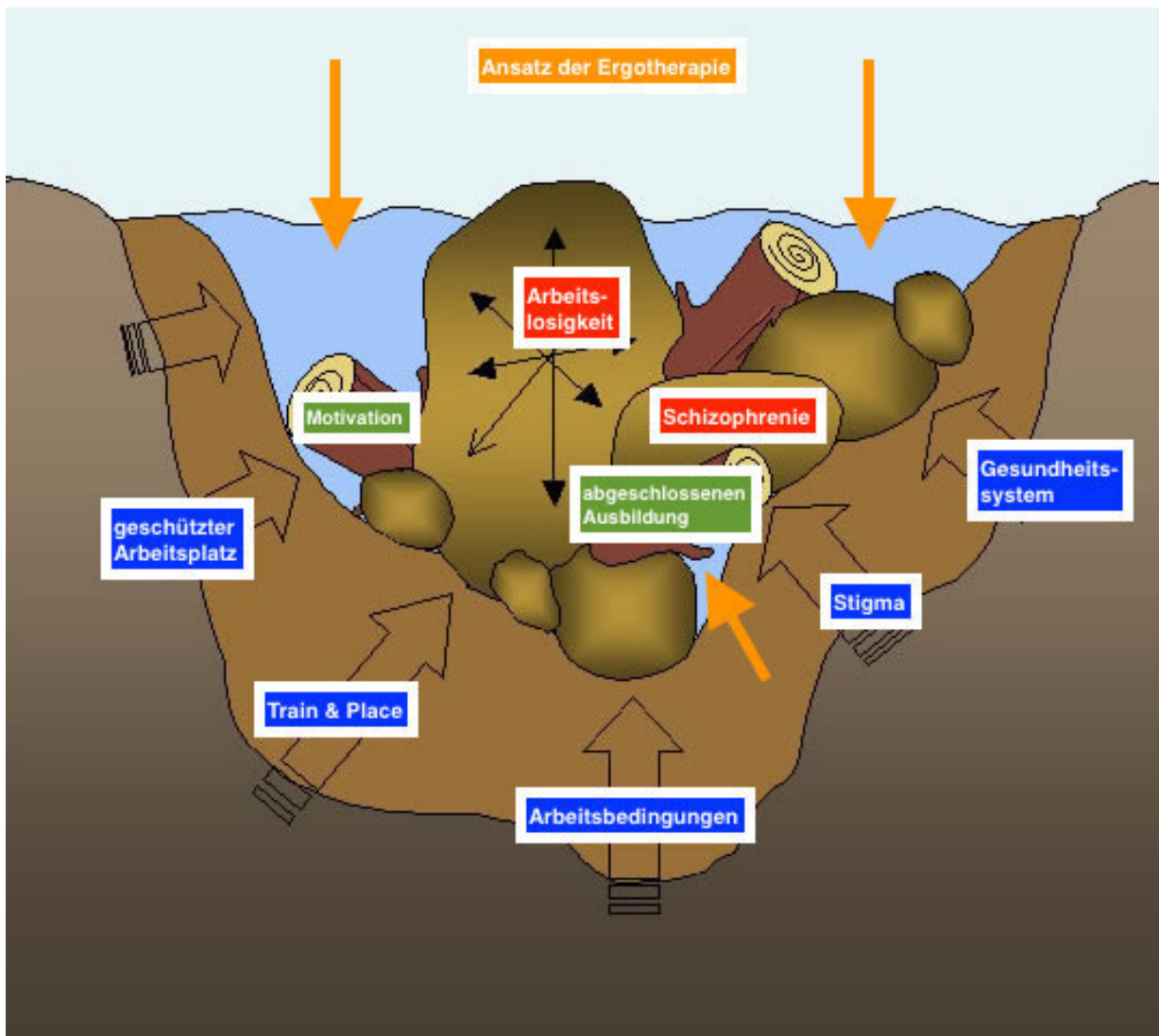


Abbildung 2. Querschnitt eines typischen Lebensflusses eines jungen Patienten mit Schizophrenie zum Zeitpunkt des Berufseinstieges (University of Toronto, Occupational Science & Occupational Therapy, 2010)

## 6 Schlussfolgerung

Zum Anfang der Schlussfolgerung wird die Beantwortung der Fragestellung prägnant zusammengefasst. Danach findet der Theorie-Praxis Transfer statt. Als letztes werden die Limitationen sowie offene Fragen und Zukunftsaussichten aufgezeigt.

### 6.1 Beantwortung Fragestellung

Die Fragestellung lautet: Kann das IPS Modell bei jungen Erwachsenen angewendet werden, die während der Lebensphase des Berufseinstiegs an Schizophrenie erkranken und welche besonderen Aspekte im Vergleich zur Behandlung von Erwachsenen sind zu beachten?

Die in den Haupt- sowie Nebenstudien beschriebene Forschungslage zeigt klar, dass das IPS Modell auch bei Jugendlichen anwendbar ist (Killackey et al., 2008; Rinaldi et al., 2010; Burke-Miller et al., 2012). Aufgrund der Lebensphase der Adoleszenz muss die Ausbildung zwangsläufig ins Rehabilitationsprogramm aufgenommen werden. Nicht nur die Berufsausbildung sollte laut Roy et al. (2016) berücksichtigt werden sondern auch die akademische Bildung. Diese wird von vielen Arbeitgebenden vorausgesetzt und stellt somit einen positiven Prädiktor dar (Roy et al., 2016).

Ein weiterer bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen besonders zu beachtender Aspekt ist nach Roy et al. (2016) die Rolle der Familie. Diese bietet einerseits emotionale Unterstützung, andererseits finanzieren sie die Jugendlichen (Roy et al., 2016). Auch beim Finden und Bereitstellen von Praktikumsplätzen kann die Familie eine unterstützende Rolle spielen (Gaal, 2002). Die daraus entstehende Abhängigkeit kann eine Ressource aber auch eine Barriere sein.

Die Jugendlichen haben oft keine berufliche Erfahrung und hatten deshalb bisher keine Chance, sich spezifische Berufsfertigkeiten anzueignen. Deshalb gibt es verschiedene Ansätze, welche dies kompensieren wollen wie das virtuelle Training für das Einstellungsgespräch nach Smith et al. (2015) und das Clubhouse Modell zum Training von sozialen Fertigkeiten nach Schonebaum und Boyd (2012). Beide Konzepte stehen auch Erwachsenen zur Verfügung. Es darf angenommen werden, dass die Konzepte für Jugendliche eine grössere Bedeutung haben, da die Wahrscheinlichkeit bei dieser Altersgruppe höher ist, dass noch keine Berufserfahrung gesammelt werden konnte. Die Erwerbsbiographie als Einstellungskriterium hat dadurch bei Jugendlichen weniger Bedeutung als bei Erwachsenen (Rinaldi et al., 2010).

## 6.2 Theorie-Praxis Transfer (Implikationen für die Ergotherapie)

Wie in der Einleitung erwähnt, ist das Ziel dieser Arbeit, Empfehlungen für die Praxis zu generieren sowie eine Kritik am jetzigen Stand anzubringen. Dies wird anhand des Kawa Modells vollführt.

Der Stand der Forschung zeigt klar auf, dass SE und IPS, welche dem Place and Train Ansatz entsprechen, klar dem momentan angewendeten Train and Place Ansatz vorzuziehen sind (Killackey et al., 2008; Rinaldi et al., 2010). Die Behandlung von Schizophrenen stösst an ihre Grenzen, wenn nur auf Ebene des Individuums interveniert wird, sprich Fertigkeiten für den Berufsalltag trainiert werden. Der IPS Ansatz hat das Potential, die Umweltbedingungen für Jugendliche mit Schizophrenie zu verbessern, beziehungsweise das Flussbett nach Iwama (2006) zu verbreitern.

Der derzeit angewendete Train and Place Ansatz entspricht nicht dem aktuellen Partizipationsparadigma\* der Ergotherapie nach Kiehlhofner (2009). Trainiert werden beim Train and Place allgemeine Fertigkeiten und Funktionen, von denen angenommen wird, dass die Patientinnen und Patienten sie im Berufsalltag brauchen werden. Der Place and Train Ansatz, also SE und IPS, entspricht dem aktuellen Partizipationsparadigma (Kiehlhofner, 2009). Es werden nur die Fertigkeiten geübt, welche auch tatsächlich für die konkrete Stelle benötigt werden. Dabei ist das Ziel, dass der Patient oder die Patientin in seinem beziehungsweise ihrem Arbeitsumfeld mit dessen spezifischen Anforderungen partizipieren kann.

Um den IPS Ansatz in der Schweiz umzusetzen wären gesellschaftliche Veränderungen notwendig. Zum Einen müssten mehr Ausbildungs- und Arbeitsstellen im Ersten Arbeitsmarkt für Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie zur Verfügung stehen. Das Stigma müsste abgebaut und eine Lösung zur Finanzierung gefunden werden.

Für Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in der Schweiz bedeutet dies, dass zwangsläufig auch auf Ebene der Umwelt interveniert werden müsste. Für Intervention auf der gesellschaftlichen Ebene empfiehlt sich das Kawa Modell, da Umwelt und Gesellschaft in keinem anderen ergotherapeutischen Modell einen derart hohen Stellenwert hat.

Eine solche gesellschaftliche Veränderung hätte grosse Auswirkungen auf das weitere Leben der Jugendlichen mit Schizophrenie. Wenn schon im Jugendalter auf eine gute berufliche Integration hingearbeitet wird, kann späteren Hindernissen oder Steinen nach Iwama (2006) wie Arbeitslosigkeit und Stigmata entgegengewirkt werden.

### 6.3 Limitationen der Arbeit

In diesem Unterkapitel werden die Limitationen dieser Literaturanalyse bezüglich Aussagekraft der Ergebnisse sowie Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Schweiz diskutiert.

Aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien und der aktuellen Forschungslage konnten lediglich vier Studien inkludiert werden. Eine weitere Studie von Nuechterlein, Subotnik, Turner und Ventura (2008) wäre in Frage gekommen, allerdings standen den Verfasserinnen die Ergebnisse noch nicht zur Verfügung.

Die vier Hauptstudien sind von unterschiedlicher Qualität. Drei der Studien sind quantitative Designs. Davon weisen die Studien von Killackey et al. (2008) und diejenige von Rinaldi et al. (2010) eine für ein quantitatives Design zu geringe Anzahl an Teilnehmenden auf. Beide Studien zeigen jedoch auf, dass mit dem IPS Modell gute Ergebnisse für die in dieser Bachelorarbeit relevante Klientengruppe erzielt werden. Die beiden Studien bestätigen sich gegenseitig. Burke-Miller et al. (2012) weisen zusätzlich darauf hin, dass sich das IPS Modell besonders gut für junge Erwachsene eignet. Diese Studie verfügt über eine hohe Teilnehmerzahl und verleiht den Resultaten der oben genannten zwei Studien höhere Aussagekraft. Die vierte Hauptstudie von Roy et al. (2016) bestätigt die Annahme der Verfasserinnen, dass die Ausbildung einen hohen Stellenwert beim Arbeitseinstieg von an Schizophrenie erkrankten Jugendlichen hat. Als Mixed-methods Ansatz verfügt diese Studie ebenfalls über eine hohe Aussagekraft.

Keine der Studien wurde in der Schweiz durchgeführt. Der Übertrag kann nicht vorbehaltlos gemacht werden, da sich die Gesundheitssysteme unterscheiden. Allerdings sind die Ansprüche, welche der Erste Arbeitsmarkt an die Patienten stellt, vergleichbar. Auch die zunehmende Bedeutung der akademischen Bildung ist auf alle Industriestaaten übertragbar.

### 6.4 Offene Fragen und Zukunftsaussichten

Die Verfasserinnen fanden in den gewählten Datenbanken wenig Forschung, welche sich spezifisch mit dem Arbeitseintritt von Jugendlichen Ersterkrankten befasst. Die Forschungslage ist dünn für diese Altersgruppe und müsste ausgeweitet werden. Für die Schweiz konnten die Verfasserinnen keine Studie mit den genannten Einschlusskriterien finden. Es scheint eine Forschungslücke zu bestehen.

Wie im Theorie-Praxis Transfer erläutert, ist die Umsetzung des IPS Ansatzes in der Schweiz wünschenswert. Eine derartige Umstrukturierung ist zeit- und kostenintensiv und müsste beim Gesundheitsfachpersonal und bei den Arbeitgebenden auf breite Zustim-

mung treffen. Um dies zu erreichen bräuchte es konkrete Pläne. Die Arbeitgebenden müssten für die Bedürfnisse der Jugendlichen mit Schizophrenie sensibilisiert werden und das Fachpersonal überzeugt werden. Dazu sollten die Ergebnisse der Forschung beigezogen werden, denn diese zeigen die Vorteile des IPS Ansatzes auf. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten haben die optimalen Voraussetzungen, um diese Umstrukturierungen zu initiieren. Sie betrachten die Patienten und Patientinnen ganzheitlich und sind geschult im Kontakt zu Arbeitgebenden. Sie sind Teil des Gesundheitssystem und haben deshalb die Möglichkeit, andere Fachpersonen zu erreichen, zu instruieren und ihnen den Place and Train Ansatz zu vermitteln.

## Literaturverzeichnis

- Baer, N., Juvalta, S., Altwicker-Hámori, S., Frick, U. & Rüesch, P. (2016). Invalidenversicherung – jung, psychisch krank und invalidisiert. *Soziale Sicherheit – CHSS*, 1, 49-54.
- Baltes, P. B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze. *Psychologische Rundschau*, 41, 1-24.
- Becker, D. R. & Drake, R. E. (2003). *A Working Life for People with Severe Mental Illness*. New York: Oxford University Press.
- Becker, D. R., Swanson, S., Bond, G. R., Merrens, M. R. (2011). Evidence-Based Supported Employment Fidelity Review Manual. Heruntergeladen von <http://www.dartmouth.edu/~ips/page19/page49/page51/files/semanual.front.pdf> am 28.04.2017
- Bevölkerungsentwicklung 2016: Provisorische Ergebnisse [Medienmitteilung] (2016). Heruntergeladen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung.assetdetail.2240354.html> am 26.04.2017
- Burke-Miller, J., Razzano, L. A., Grey, D. D., Blyler, C. R. & Cook, J. A. (2012). Supported Employment Outcomes for Transition Age Youth and Young Adults. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 3, 171-179. doi:10.2975/35.3.2012.171.179
- Bühler, C. (1933). *Der menschliche Lebenslauf als psychisches Problem*. Leipzig: Hirzel.
- Bürli, Ch., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Coughlan, H., Cannon, M., Shiers, D., Power, P., Barry, C., Bates, T., ... & McGorry, P. (2013). Towards a new paradigm of care : the International Declaration on Youth Mental Health. *Early Intervention in Psychiatry*, 7, 103-108. doi:10.1111/eip.12048

- Ellison, M. L., Klodnick, V. V., Bond, G. R., Krzos, I. M., Kaiser, S. M., Fagan, M. A. & Davis, M. (2015). Adapting Supported Employment for Emerging Adults with Serious Mental Health Conditions. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42, 206-222.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt M. H. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans Huber.
- Dudenredaktion (2013). *Duden – Die deutsche Rechtschreibung* (26. Auflage). Berlin: Bibliographisches Institut.
- Eggers, C. (2011). *Schizophrenie des Kindes- und Jugendalters*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Fisher, A. (2014). *OTIMP – Occupational Therapy Intervention Process Model*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Horton.
- Falkai, P. (2013) Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [S3-Leitlinie]. Heruntergeladen von [https://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-LLPsychosozTherapien\\_Langversion.pdf](https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-LLPsychosozTherapien_Langversion.pdf) am 26.04.2017
- Gaal, E., Van Weeghel, J., Van Campen, M. & Linszen, D. (2002). The Trainee Project: Family-Aided Vocational Rehabilitation of Young People with Schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 101-105.
- Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Künzi, K., Volken, T., ... & Müller, Ch. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. [Schlussbericht im Auftrag von Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Bundesamt für Migration (BFM)]. Heruntergeladen von [http://altermigration.ch/fileadmin/templates/pdf/2011\\_Gesundheitsmonitoring.pdf](http://altermigration.ch/fileadmin/templates/pdf/2011_Gesundheitsmonitoring.pdf) am 21.04.2017

- Havighurst, R. (1948). *Developmental task and education*. New York: McKay
- Hoffmann, H., Jäckel, D., Glauser, S. & Kupper, Z. (2012). A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 157-167. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01780.x
- Iwama, M. K. (2006). *The Kawa Model: Culturally Relevant Occupational Therapy*. London: Churchill Livingstone Elsevier
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Killakey, E., Jackson, H. J. & McGorry, P. D. (2008). Vocational Intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 114-120. doi:10.1192/bjp.bp.107.043109
- Köhler, K. & Steier-Mecklenburg, F. (2008). *Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation – Arbeitsfelder der Ergotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Krampen, G. & Reichle, B. (2002). Frühes Erwachsenenalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 319-349). Weinheim: Beltz.
- Kubny-Lüke, B. (2009). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Kühne, S. & Häberli, S. (2010). *Einflussfaktoren auf die erfolgreiche berufliche Integration von stark psychisch beeinträchtigten Menschen: Eine Einteilung nach dem Occupational Therapy Practice Framework*. Winterthur: Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften.
- Maercker, A., Perkonig, A., Preisig, M., Schaller, K. & Weller, M. (2013). The cost of disorders of the brain in Switzerland: an update from the European Brain Council Study for 2010. *Swiss Medical Weekly*, 143, 1-12.



- Nordt, C., Brantschen, E., Kawohl, W., Bärtzsch, B., Haker, H., Rüsch, N. & Rössler, W. (2012). `Placement budgets` for supported employment - improving competitive employment for people with mental illness: study protocol of a multicentre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12, 1-7. doi:10.1186/1471-244X-12-165
- Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Turner, L. R. & Ventura, J. (2008). Individual Placement and Support for Individuals with Recent-Onset Schizophrenia: Integrating Supported Education and Supported Employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 340-249. doi:10.2975/31.4.2008.340.349
- Paxson, D., Winston, K., Tobey, T., Johnston, S. & Iwama, M. (2012). The Kawa Model: Therapist's Experiences in Mental Health Practice. *Occupational Therapy in Mental Health*, 28, 340-355. doi:10.1080/0164212X.2012.708586
- Richardson, P., Jobson, B. & Miles, S. (2010). Using the Kawa model: a practice report. *Mental health occupational therapy*, 15, 82-85.
- Rinaldi, M., Perkins, R., McNeil, K., Hickman, N. & Singh, S. P. (2010). The Individual Placement and Support approach to vocational rehabilitation for young people with first episode psychosis in UK. *Journal of Mental Health*, 19, 483-491. doi:10.3109/09638230903531100
- Ris, I. & Poesse-Bleuler, B. (2015). AICA : Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels [Schulungsunterlagen]. Heruntergeladen von [https://moodle.zhaw.ch/pluginfile.php/866808/mod\\_resource/content/6/AICA\\_Guidelines.pdf](https://moodle.zhaw.ch/pluginfile.php/866808/mod_resource/content/6/AICA_Guidelines.pdf) am 28.04.2017
- Roaten, G. K. (2011). Innovative and Brain-Friendly Strategies for building a Therapeutic Alliance With Adolescents. *Journal of Creativity in Mental Health*, 6, 289-314. doi:10.1080/15401383.2011.630306
- Roy, L., Rousseau, J., Fortier, P. & Mottard, J. P. (2016). Postsecondary academic achievement and first-episode psychosis: A mixed-methods study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83, 42-52. doi:10.1177/0008417415575143

Rössler, W. & Bärtsch, B. (2008) Supported Employment - Ein neuer berufsintegrierender Ansatz. Heruntergeladen von [https://www.supportedemploymentschweiz.ch/files/I4YRDR2/supported\\_employment\\_roesslerbaertsch.pdf](https://www.supportedemploymentschweiz.ch/files/I4YRDR2/supported_employment_roesslerbaertsch.pdf) am 26.04.2017

Schonebaum, A. & Boyd, J. (2012). Work-Ordered Day as a Catalyst of Competitive Employment Success. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35, 391–395.  
doi:10.1037/h0094499

Schweizerisches Rotes Kreuz (2017) *Chancengleichheit und Gesundheitsförderung im Migrationskontext 1* [Vorlesung]. Beitrag präsentiert an ZHAW Departement Gesundheit. 03.04.2017, Winterthur.

Smith, M. J., Fleming, M. F., Wright, M. A., Roberts, A. G., Boteler Humm, L., Olsen, D. & Bell, M. B. (2015). Virtual reality job interview training and 6-month employment outcomes for individuals with schizophrenia seeking employment. *Schizophrenia Research*, 166, 86-91. doi:10.1016/j.schres.2015.05.022

Sumiyoshi, C., Harvey, P. D., Takaki, M., Okahisa, Y., Sato, T., Sora, I., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L. & Sumiyoshi, T. (2015). Factors predicting work outcome in Japanese patients with schizophrenia: role of multiple functioning levels. *Schizophrenia Research: cognition*, 2, 105-112. doi:10.1016/j.scog.2015.07.003

Whiteford, G. (2000). Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. *The British Journal of Occupational Therapy*, 63, 200-204.

ZHAW, Departement Gesundheit (n.d.). Datenbankübersicht – Auswahl wichtiger Datenbanken. Eingesehen auf <https://www.zhaw.ch/de/hochschulbibliothek/recherchehilfe-kurse/fachinformation-gesundheit/#c7405> am 27.04.2017

## **Zusatzverzeichnisse**

### **Tabellenverzeichnis**

- Tabelle 1. Keywordtabelle
- Tabelle 2. Kriterien zur Auswahl von Hauptstudien
- Tabelle 3. Übersicht Studie 1
- Tabelle 4. Ergebnisse Studie 1
- Tabelle 5. Beurteilung der Güte Studie 1
- Tabelle 6. Übersicht Studie 2
- Tabelle 7. Rinaldi et al. (2010) Ergebnisse Studie 2
- Tabelle 8. Beurteilung der Güte Studie 2
- Tabelle 9. Übersicht Studie 3
- Tabelle 10. Beurteilung der Güte Studie 3
- Tabelle 11. Übersicht Studie 4
- Tabelle 12. Ergebnisse Studie 4
- Tabelle 13. Beurteilung der Güte (Quantitative Daten) Studie 4
- Tabelle 14. Beurteilung der Güte (Qualitative Daten) Studie 4

### **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1. University of Toronto, Occupational Science & Occupational Therapy (2010).  
Übersicht über das Kawa Modell. Heruntergeladen am 27.04.2017 von  
<http://individual.utoronto.ca/michaeliwama/concept.htm>

Abbildung 2. University of Toronto, Occupational Science & Occupational Therapy (2010).  
Querschnitt eines typischen Lebensflusses eines jungen Patienten mit Schizophrenie zum  
Zeitpunkt des Berufseinstieges. Heruntergeladen am 27.04.2017 von  
<http://individual.utoronto.ca/michaeliwama/concept.htm>

### **Wortanzahl**

Abstract: 192

Arbeit: 8744

## Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei allen Personen unseres privaten und schulischen Umfeldes für die Unterstützung. Während dem Schreibprozess halfen uns die motivierenden und konstruktiven Rückmeldungen aus zahlreichen Richtungen.

Speziell möchten wir uns bei unserer Mentorin Frau Jakobs bedanken für ihre kompetente Begleitung und kritische Anmerkungen im Schreibprozess.

## Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Unterschrift Studierende:

Datum:

Aline Kunert

Muriel Zenger

## Anhang

### Glossar

#### Betätigung

Als Betätigung werden Tätigkeiten verstanden, in welche das Individuum eingebunden ist. Das heisst, dass die Aktivität Bedeutung und Zweck für die Person hat.

#### Bestätigung

Gütekriterium für qualitative Studien.

Die Bestätigung kann durch die Begleitung der Studie von einer externen Person (z.B. Audit-Person) gewährleistet werden.

Lincoln und Guba (1985)

#### Bias

Auch Verzerrung oder systematischer Fehler genannt.

#### Clubhouse Modell

Das Clubhouse ist ein ambulantes Programm zur psychosozialen Rehabilitation. Die Patienten wohnen zusammen mit Mitarbeitern in einer Gruppe in sogenannten Clubhäusern. Jeder Teilnehmer trägt Mitverantwortung und bringt sich auf freiwilliger Basis ein. Das Modell bietet Arbeitsplätze für psychisch Kranke. Die Mitarbeiter garantieren den Arbeitgebern die vereinbarte Arbeitsleistung.

#### Glaubwürdigkeit

Gütekriterium für qualitative Studien.

Wird bspw. durch Triangulation oder member checking (Überprüfung der Daten durch Teilnehmende) erreicht. Kontrastfälle sollten berücksichtigt werden.

Lincoln und Guba (1985)

#### Kompetitive Beschäftigung

Unter kompetitiver Beschäftigung wird in dieser Bachelorarbeit eine Anstellung im Ersten Arbeitsmarkt verstanden. Dieser wird auch als regulärer Arbeitsmarkt bezeichnet. Es gelten die Prinzipien der freien Wirtschaft und die Löhne sind höher als in einem geschützten Arbeitsverhältnis (Zweiter Arbeitsmarkt).

## Mixed-methods

In einer Studie mit Mixed Method Design werden Charakteristika von qualitativer sowie quantitativer Forschung vereint. Es werden qualitative Daten zur Hypothesenbildung erhoben und quantitative zur Hypothesenüberprüfung. So wird der Komplexität der Realität Rechnung getragen.

Vorlesung IP.14 Mixed Method Design

## Objektivität

Gütekriterium für quantitative Studien.

Um objektiv zu sein, müssen die Ergebnisse einer Studie unabhängig von anderen Einflüssen sein. Sie hängt von der Güte der Messinstrumente ab sowie vom Standardisierungsgrad der Messmethoden und der Kontrolle von Störvariablen.

Bartholomeycik (2008)

## Occupational Deprivation

Beschreibt die Situation, in welcher einer Person von ihr wichtigen Betätigungen ausgeschlossen wird aufgrund von externen Faktoren welche ausserhalb ihrer Kontrolle liegen.

Whiteford (2000)

## Partizipationsparadigma

Das zeitgenössische Partizipationsparadigma sieht Betätigung als Interaktion zwischen Person, Umwelt und der Betätigung. Jeder Mensch ist als Individuum einzigartig und hat das Bedürfniss, gemäss eigenen Wünschen seinen bedeutungsvollen Betätigungen nachzugehen.

Kiehlhofner 2009

## Peer

Peers oder Peergruppen sind Personengruppen an welchen sich das Individuum orientiert, aufgrund von gleichem Alter, Herkunft, sozialem Status, Interessen, etc.

## Performanz

Als Performanz wird die Leistung einer Person in einer spezifischen Tätigkeit bezeichnet. Sie wird beeinflusst durch die Fähigkeiten der Person wie auch durch die Umwelt und durch die Ansprüche der Tätigkeit.

## Place and Train

Dieser neue Ansatz geht davon aus, dass Patienten so früh wie möglich einen Arbeitsplatz erhalten sollten. Es werden die spezifisch für die Stelle benötigten Fertigkeiten und Fähigkeiten in der Therapie trainiert.

## Reliabilität

Gütekriterium für quantitative Studien.

Reliabilität ist gegeben, wenn eine Studie bei einer Wiederholung durch andere Forscher die gleichen Ergebnisse ergäbe.

Bartholomeycik (2008)

## Supplemental Security Income (SSI)

SSI ist ein Programm in den USA welches Personen ein Gehalt gewährt, welche entweder über 65 Jahre alt sind oder eine Behinderung haben und nur über ein tiefes Einkommen verfügen.

## Supported Employment (SE)

SE steht für die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen oder anderweitig benachteiligten Personen beim Erlangen von Arbeit im Ersten Arbeitsmarkt. Dabei wird auf Nachhaltigkeit geachtet und mit den Arbeitgebenden zusammengearbeitet.

[www.supportedemployment-schweiz.ch](http://www.supportedemployment-schweiz.ch) (25.04.17)

## Train and Place

Nach diesem Ansatz wird aktuell in der schweizerischen Arbeitsrehabilitation behandelt. Er basiert auf dem Grundsatz, dass Fertigkeiten und Fähigkeiten, von welchen man vermutet dass sie im Arbeitsmarkt gefordert sind, geübt werden. Dies passiert bevor der Patient eine Stelle hat. Somit ist die Therapie eher allgemein und unspezifisch.

## Transitionsphase

Transitionen sind in der Entwicklungspsychologie Übergänge oder Wechsel der Lebensumwelten. Es kommt zum Wandel der Identität und einer Rollenerweiterung. Solche Transitionsphasen treten z.B. beim Schuleintritt, bei der Familiengründung, der Rente oder eben dem Berufseintritt auf.

[www.uniklinik-ulm.de/kjpp](http://www.uniklinik-ulm.de/kjpp) (24.04.17)



## Triangulation

Verschiedene Methoden oder Sichtweisen werden auf das gleiche Phänomen angewendet. Anders gesagt werden verschiedene Arten von Daten (z.B. qualitative und quantitative) zur Erforschung eines Phänomens benutzt. So soll eine höhere Validität erreicht und systematische Fehler verhindert werden indem die Schwächen der einen Methodik durch die Stärken der anderen ausgeglichen werden. Wichtig dabei ist, dass die Methoden parallel, also gleichzeitig angewendet werden.

Vorlesung IP.14 Mixed Method Design

## Übertragbarkeit

Gütekriterium für qualitative Studien.

Die Übertragbarkeit wird erreicht, indem die Ergebnisse durch Diskussion und Beschreibung nachvollziehbar diskutiert werden.

Lincoln und Guba (1985)

## Validität

Gütekriterium für quantitative Studien.

Die Validität bezeichnet das Ausmass, in welchem ein Messinstrument, bzw. eine Studie das misst, was sie zu messen vorgibt.

Bartholomeycik (2008)

## Zuverlässigkeit

Gütekriterium für qualitative Studien.

Zuverlässigkeit wird erreicht, wenn die Forschenden die Datenerhebung und –analyse regelmässig während der Forschungsprozesses bzgl. Gemeinsamkeiten und Unterschieden analysieren. Kann durch Gremium der Hochschule oder externes Gremium überprüft werden.

Lincoln und Guba (1985)

## Formulare zur kritischen Beurteilung der Hauptstudien

### Studie 1 – „ Vocational Intervention in first episode psychosis: IPS vs. treatment as usual (TAU)“ (Killackey et al., 2008)

Forschungsschritte	Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung	Leitfragen zur Würdigung
Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage (Hypothese)	<p>· Um welche Konzepte / Problem handelt es sich? Ein Hauptproblem, dem Menschen mit einer psychischen Krankheit gegenüberstehen, ist Arbeitslosigkeit. Vor allem bei jungen Menschen die eine erste Episode der Psychose erlebt haben. · Was ist die Forschungsfrage, -zweck bzw. das Ziel der Studie? Das Ziel ist es, die Effektivität vom IPS-Modell in einer Gruppe von jungen Menschen mit einer Ersterkrankung einer Psychose, die Arbeit finden möchten, zu testen.</p> <p>Hypothesen: Die Teilnehmer der Interventionsgruppe erzielen bessere Ergebnisse in Bezug auf Job oder Teilnahme an einer Ausbildung als die Kontrollgruppe. Personen der Interventionsgruppe erhalten mehr Jobs als die TAU Gruppe. Teilnehmer der Interventionsgruppe arbeiten mehr Wochen und verdienen mehr Geld. Interventionsgruppe empfangen weniger Sozialhilfe als TAU Gruppe. · Welchen theoretischen Bezugsrahmen weist die Studie auf? Laut verschiedenen Surveys ist es das oberste Ziel von vielen Menschen mit einer psychischen Krankheit einen Job zu haben. Als Antwort auf dieses Problem wurde das IPS entwickelt. Dieses richtet sich jedoch nicht an Betroffene die eine Ersterkrankung einer Psychose hatten. Diese Gruppe von Betroffenen hat eine hohe Arbeitslosenquote und sind ausserdem in einer Lebensphase in welcher der Einstieg ins Berufsleben typischerweise stattfindet. · Mit welchen Argumenten wurde der Forschungsbedarf begründet? Es gibt bisher noch keine RCT's zu diesem Thema mit dem Fokus auf jungen Menschen die eine Ersterkrankung einer Psychose erlebt haben.</p>	<p>· Beantwortet die Studie eine wichtig Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung? Ja. Sie befasst sich mit Jugendlichen, die eine Ersterkrankung einer Psychose erleben und z.T. ihre Ausbildung nicht beendet haben. Zudem befasst sie sich mit dem IPS Modell..</p> <p>· sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt? Das Ziel ist formuliert sowie vier Hypothesen.</p> <p>· Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt? Ja: Theoretischer Hintergrund sowie Forschungslücke ist erklärt.</p>
Design	<p>· Um welches Design handelt es sich? RCT · Wie wird das Design begründet? es ist das beste!</p>	<p>· Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar? Ja: Mit der Kontrollgruppe wird die Auswirkung des IPS Modells auf Job und Ausbildung mit dem Standard verglichen.</p> <p>· Werden die Gefahren der internen und externen Validität kontrolliert? Interne Validität ist gegeben, da die Teilnehmenden randomisiert auf die beiden Gruppen aufgeteilt wurden. Einige Merkmale (SOFAS, Zivilstand) waren nicht gleichmässig verteilt, darum wurde eine logistische Regression durchgeführt, welche die Validität erhöht.</p>

		Externe Validität: Es wurden nur Teilnehmer aus einem bestimmten Programm (EPPIC) rekrutiert, was den Übertrag auf die Population einschränkt.
Population	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Um welche Population handelt es sich? Es handelt sich um Menschen mit einer psychischen Krankheit, die zwischen 18 und 76 Jahre alt sind und in den USA leben (Arizona, Connecticut, Maine, Maryland, Massachusetts, South Carolina and Texas). Zudem sind es Teilnehmer der EIDP.</li> <li>· Welches ist die Stichprobe? Wer? Wieviel? Charakterisierungen? 1272 Menschen aus der oben genannten Population</li> <li>· Wie wurde die Stichprobe gezogen? Es wurden Teilnehmer aus dem EIDP durch Überweisung von case Managers, Mund zu Mund Propaganda, Selbstüberweisung und Zeitungsartikeln rekrutiert (· Um welche Population handelt es sich? Junge Menschen mit einer psychischen Krankheit, die eine Ersterkrankung einer Psychose erlebt haben.</li> <li>· Welches ist die Stichprobe? 41 Menschen, die einen spezialisierten öffentlichen Service für psychische Gesundheit (EPPIC) in Anspruch genommen haben und Hilfe bei der Arbeitssuche annehmen wollten.</li> <li>· Wie wurde die Stichprobe gezogen? Case Managers des EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) haben Patienten, welche Arbeit suchen wollten, identifiziert und rekrutiert. · Wird die Auswahl der der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Einschlusskriterien waren Patienten, die Arbeit finden wollten und zusätzlich noch 6 Monate im Programm EPPIC bleiben konnten (EPPIC ist limitiert bis 18 Monate). Das einzige Ausschlusskriterium war, wenn jemand nicht fließend Englisch sprach – niemand musste aufgrund dieses Kriteriums ausgeschlossen werden.</li> <li>· Gibt es verschiedene Studiengruppen? Ja, die eine Studiengruppe ist „vocational-intervention group“ (IPS + treatment as usual) und die andere ist „TAU group“ (treatment as usual). In der ersten Gruppe sind 20 Teilnehmende (1 Dropout) und in der zweiten 21 (5 Dropouts). an einem Ort).</li> <li>· Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Um an der Studie teilnehmen zu können mussten sie folgende Einschlusskriterien erfüllen: 18jährig oder älter, Axis I DSM-IV Diagnose, arbeitslos, Einwilligungserklärung gegeben.</li> <li>· Gibt es verschiedene Studiengruppen? Ja. In der vorgängigen Studie gibt es die SE Gruppe und die Kontrollgruppe. In der vorliegenden Studie wurde eine Einteilung in drei verschiedene Altersgruppen gemacht -&gt; 3 Vergleichsgruppen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht? Es wird nicht aus der Gesamtpopulation gezogen, sondern aus einem Teil - nämlich den Teilnehmern des EPPIC.</li> <li>· Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation? Nein, siehe oben. – Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wenn man annimmt, dass sich die Patienten des EPPIC nicht gross von anderen Patienten mit einer Ersterkrankung einer Psychose unterscheiden, können die Ergebnisse auf die Population übertragen werden. Ansonsten können die Ergebnisse nur auf Teilnehmer des EPPIC, welche einen Arbeitswillen besitzen, übertragen werden.</li> <li>· Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse? Die Stichprobengrösse ist eher klein. Sie wird damit begründet, dass sich nur so viele Patienten dazu bereit erklärt haben an der Studie teilzunehmen. Die Daten der Drop-Outs wurden nach Einholen des Einverständnisses in die Ergebnisse miteinbezogen, daher beeinflussen sie diese nicht.</li> <li>· Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich? Die Vergleichsgruppe wurde von einem externen Statistiker erstellt, der alle Teilnehmenden mittels computergenerierten Zufallszahlen in die beiden Gruppen aufgeteilt hat. Die Gruppen sind sich im Grossen und Ganzen ähnlich, ausser zwei Merkmalen (SOFAS, Zivilstand).</li> <li>· Werden Drop-Outs angegeben und begründet? Ja, die Drop-Outs werden angegeben - 1 in der Interventionsgruppe und 5 in der TAU-Gruppe. 4 der Drop-Outs gaben an, dass ihre Erwartungen an das Programm nicht erfüllt wurden. Zwei der Drop-Outs wurden inhaftiert.</li> </ul>

Datenerhebung	<p>Welche Art von Daten wurde erhoben?          Deskriptive Daten: - Demographische Daten (Alter, Geschlecht, Arbeitsstatus, Bildungsgeschichte, Dauer der Krankheit, Medikationsdosierung und -einhaltung, Wohnsituation, Zivilstand, Sozialhilfeleistungsstatus) - Brief Psychiatric Rating Scale - Scale for the Assessment of Negative Symptoms - Depression Scale-Revised (von EPPIC) - Structured Clinical Interview für DSM-IV-TR Axis 1 Disorder – Patient Edition (SCID-I/P) - Quality of Life Scale - Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)          Primäre Ergebnisse: - Anzahl Jobs/Ausbildung - Löhne (pro Stunde/gesamt) - Sozialhilfeleistung - Dauer der Jobs          Wie häufig wurden Daten erhoben?          Assessments wurden bei der Baseline erhoben - die Daten zu Job und Ausbildung am Ende des Programms (nach 6 Monaten).</p>	<p>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? Ja, es wurden alle für die Beantwortung der Fragestellung notwendigen Daten erhoben.          Die Teilnehmer der Interventionsgruppe erzielen bessere Ergebnisse in Bezug auf Job oder Teilnahme an einer Ausbildung als die Kontrollgruppe. -&gt; demographische Daten (Arbeitsstatus)          Personen der Interventionsgruppe erhalten mehr Jobs als die TAU Gruppe. -&gt; am Schluss Arbeitsstatus erhoben          Teilnehmer der Interventionsgruppe arbeiten mehr Wochen und verdienen mehr Geld. -&gt; am Schluss die genannten Items erhoben.          Interventionsgruppe empfangen weniger Sozialhilfe als TAU Gruppe. -&gt; auch am Schluss erhoben          Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich? Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmern erhoben?          Ja, ist bei allen gleich. Die Daten sind komplett - es wurden auch die der Drop-Outs mit einbezogen.          Anzumerken ist, dass im Text geschrieben wird die deskriptiven Daten seien zum Anfang und nach 6 Monaten erhoben worden. Bei den Resultaten werden allerdings nur die Baseline-Daten beschrieben. Nur Unterschiede zwischen den Gruppen zum Zeitpunkt der Baseline werden diskutiert.</p>
Messverfahren und/oder Intervention	<p>Welche Messinstrumente wurden verwendet (Begründung)? - Brief Psychiatric Rating Scale - Scale for the Assessment of Negative Symptoms - Depression Scale-Revised (von EPPIC) - Structured Clinical Interview für DSM-IV-TR Axis 1 Disorder – Patient Edition (SCID-I/P) - Quality of Life Scale - Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) - Fidelity Scale-Implementation Questions          Welche Intervention wird getestet? Es wird getestet ob das IPS-Modell einen positiven Einfluss auf Anzahl Jobs, Anzahl Stunden pro Woche, Dauer des Jobs, Anzahl besuchter Kurse und Sozialhilfeempfängerstatus -&gt; Lohn hat.</p>	<p>Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)? Es werden standardisierte Messinstrumente verwendet. Sind die Messinstrumente valide (validity)? Ja, siehe oben          Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt?          Wahl ist nachvollziehbar. Es wird aber nicht klar warum die deskriptiven Daten angeblich zweimal erhoben wurden, aber nur einmal im Text beschrieben werden.          Keine Einflüsse werden erwähnt.</p>
Datenanalyse	<p>Welches Datenniveau weisen die erhobenen Variable auf? Nominal (Geschlecht, Zivilstand) Proportional (Alter) Ordinal (Education Level, Englischkenntnisse, SOFAS, QOL, ...) Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse verwendet (deskriptive und / oder schliessende)? Unterschiede der Gruppen wurden anhand von t-Tests und chi2 Tests analysiert. Logistische Regression wurde durchgeführt um sicherzustellen, dass die Unterschiede sich auf die Angehörigkeit der Studiengruppe bezogen und nicht auf sonstige Vari-</p>	<p>Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben?          Es wird klar beschrieben wo welcher Test angewendet wurde.          Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet?          Die statistischen Verfahren passen zur Fragestellung.          Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus?          t-Test: Intervall-Niveau, Mittelwertsdifferenzen werden beurteilt, wird nicht beschrieben wofür er verwendet wurde          x2 Test:</p>

	<p>ablen, die bei der Baseline unterschiedlich waren.</p> <p>Mann-Whitney U-Test</p> <p>Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt? ja, <math>P=0.001</math></p>	<p>Nominal-Niveau, „Job or no job“ wurde damit verglichen U-Test: Ordinal-Niveau, Dauer des Jobs und Höhe Lohn wurde damit verglichen Die entsprechenden Tests wurden korrekt angewendet (entsprechen dem Datenniveau)</p> <p>Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung?</p> <p>Ja, da die Tests sinnvoll angewendet wurden, kann eine Beurteilung der Daten erfolgen.</p> <p>Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet? Signifikanzniveau ist nicht explizit erwähnt und damit nicht nachvollziehbar beschrieben.</p>
Ethik	<p>Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt?</p> <p>keine</p> <p>Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden?</p>	<p>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?</p>
Ergebnisse	<p>Welche Ergebnisse werden präsentiert?</p> <p>Demografische Daten und Ergebnisse der verschiedenen Assessments.</p> <p>Fidelity Rate (68/75)</p> <p>Job or no job und Job/course or no job/course</p> <p>Anzahl Jobs, Anzahl Stunden pro Woche, Dauer des Jobs, Anzahl besuchter Kurse und Sozialhilfeempfängerstatus -&gt; Lohn</p> <p>Welches sind die zentralen Ergebnisse der Studie?</p> <p>13 von 20 Personen in der intervention group haben Arbeit gefunden im Gegensatz zu 2 von 21 in der TAU group.</p> <p>Werden die Ergebnisse verständlich präsentiert (Textform, Tabellen, Grafiken)?</p> <p>Ja, Demografische Daten und Ergebnisse der Assessments in einer Tabelle und der Rest in Grafiken/Tabellen.</p>	<p>Sind die Ergebnisse präzise? Die Autoren schreiben zu jeder Hypothese die entsprechenden Ergebnisse und geben die Werte der statistischen Testverfahren klar an.</p> <p>Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sind sie präzise und vollständig (Titel, Legenden..) Bei allen Tabellen/Grafiken sind Titel und Legenden vorhanden. Zu allen Daten gibt es eine Tabelle oder Grafik.</li> <li>- Sind sie eine Ergänzung zum Text?</li> </ul> <p>Ja.</p>
Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<p>Werden signifikante und nicht signifikante Ergebnisse erklärt? Die zu Beginn der Studie beschriebenen Hypothesen haben sich alle bestätigt. Die Ergebnisse waren signifikant. Wie Interpretieren die Forschenden die Ergebnisse?</p> <p>Kann die Forschungsfrage aufgrund der Daten beantwortet werden?</p> <p>ja</p> <p>Werden Limitationen diskutiert?</p> <p>Ja, small sample size, only allows preliminary conclusions, kein follow-up, ...</p> <p>Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</p> <p>nein, da es laut ihnen keine RCT zu jungen Menschen mit einer Ersterkrankung einer Psychose gibt.</p>	<p>Werden alle Resultate diskutiert?</p> <p>Die Resultate der deskriptiven Daten am Ende des Programms sind nicht aufgeführt und werden nicht diskutiert. Allgemein fließen die deskriptiven Daten nicht in den Diskussionsteil ein.</p> <p>Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein?</p> <p>Die primären Resultate werden in der Interpretation wieder aufgenommen. Die Schlussfolgerungen entsprechen den präsentierten Resultaten (Interventionsgruppe signifikant bessere Ergebnisse als TAU).</p> <p>Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen?</p> <p>Im Resultate Teil wird sehr genau auf die Hypothesen eingegangen - im Diskussions-</p>

		<p>teil rücken diese in den Hintergrund. Andere Forschungsergebnisse werden miteinbezogen und mit der vorliegenden Studie verglichen sowie weiterführende Gedanken dazu gemacht. Die Fragestellung wird beantwortet.</p> <p>Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?</p> <p>Ja, die Autoren gehen der Hypothese nach, dass die Resultate der SOFAS und der Zivilstand einen Einfluss auf die Ergebnisse haben könnten. Mittels logistischer Regressionsanalyse wird dies jedoch ausgeschlossen.</p>
Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Praxis	<p>Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben?</p> <p>ja. zukünftig müssen ökonomische Benefits einer solchen intervention erforscht werden.</p>	<p>Ist diese Studie sinnvoll? Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</p> <p>Die Forscher deklarieren klar das die Stichprobe sehr klein war. Zudem konnten keine Aussagen zu Nachhaltigkeit und ökonomischen Vorteilen gemacht werden. Dafür werden statistische Testverfahren sowie Logistische Regressionsanalyse gewissenhaft durchgeführt, was die Schwächen aufwiegt. Es wurde genau das erforscht, was erforscht werden sollte und dies mit hoher Qualität.</p> <p>Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar?</p> <p>Das Programm kann in bestehende Psychiatrische Rehabilitationsprogramme eingebaut werden (z.B EPPIIC).</p> <p>Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p> <p>Ja, sofern ein Basisprogramm zur psychiatrischen Behandlung vorhanden ist. Es werden personelle Ressourcen benötigt.</p>

## Studie 2 „The Individual Placement and Support approach to vocational rehabilitation for young people with first episode psychosis“ (Rinaldi et al. 2010)

Forschungsschritte	Inhaltliche Zusammenfassung	Würdigung
<p>Problembeschreibung</p> <p>Bezugsrahmen Forschungsfrage (Hypothese)</p>	<p>· Um welche Konzepte / Problem handelt es sich?</p> <p>Der Ausbruch einer Schizophrenie ist meist verbunden mit Arbeitslosigkeit und Nicht-Vollenden der Ausbildung.</p> <p>· Was ist die Forschungsfrage, -zweck bzw. das Ziel der Studie?</p> <p>Evaluation der Einführung eines adaptierten IPS Modells in Bezug auf die Arbeitslosigkeit. Es wurde so angepasst, dass es unterstützte Ausbildung im Rahmen eines Frühinterventionsteams für junge Menschen mit einer ersten Episode der Psychose im Verei-</p>	<p>· Beantwortet die Studie eine wichtig Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung?</p> <p>Wie kann die Ergotherapie in der Schweiz Jugendliche mit einer Schizophrenie in der Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt unterstützen?</p> <p>→ Studie stellt einen Ansatz im Vereinigten Königreich vor, um dieses Ziel zu erreichen. Dies könnte auch für die Schweiz eine Möglichkeit sein.</p> <p>· sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt?</p> <p>Hypothese: „place and train“ – Ansatz (IPS) eignet sich besser als der „train and</p>

	<p>nigten Königreich enthält.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Welchen theoretischen Bezugsrahmen weist die Studie auf?</li> </ul> <p>Im Moment wird in der Praxis oft der „train and place“ Ansatz gebraucht (Edwards &amp; McGorry 2002). Bei diesem wird der Patient schrittweise auf einen Wiedereinstieg ins Berufsleben vorbereitet, welcher erst stattfindet, wenn er gewisse Skills erlernt hat. Die Forschung zeigt aber in die entgegengesetzte Richtung: Das IPS Modell wird als wirksamer angesehen und nutzt einen „place and train“ Ansatz.</p> <p>Die sieben Grundsätze des IPS Modells (Bond 2004) wurden beachtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integration in Ersten Arbeitsmarkt als Ziel</li> <li>- Rasche Jobsuche</li> <li>- Eignung/Wahl wurde dem Klienten überlassen</li> <li>- Entscheidung für einen Job wurde nach Präferenz des Patienten gefällt</li> <li>- Unterstützung war langfristig und an Bedürfnisse des Klienten angepasst</li> <li>- Psychologische Beratung/Behandlung, Sozialleistungen und Arbeitsrehabilitation wurden vereint.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Mit welchen Argumenten wurde der Forschungsbedarf begründet?</li> </ul> <p>Bisherige Studien zum IPS Modell wurden mit chronisch Kranken durchgeführt. Es bleibt die Frage, ob es sich auch für Patienten in einer ersten Episode der Psychose eignet. Dieser Frage haben sich erst wenige Studien gewidmet (Rinaldi et al. 2010, Kil-lackey et al. 2008 und Nuechterlein et al. 2005)</p>	<p>place“ – Ansatz.</p> <p>Keine Forschungsfrage, aber das Ziel der Studie ist klar definiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt?</li> </ul> <p>Es wird mit zahlreichen Quellen belegt, dass der Ausbruch einer Schizophrenie meist mit Arbeitslosigkeit und Nicht-Vollenden der Ausbildung verbunden ist.</p> <p>„Place and train“ Ansatz nach Edwards und Gorry 2002 wird beschrieben als bessere Alternative zum momentan angewendeten „train and place“. Das IPS Modell nach Bond 2004 ist laut Forschung ein effektiver Ansatz.</p>
Design	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Um welches Design handelt es sich?</li> </ul> <p>Pre und post Design.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Wie wird das Design begründet?</li> </ul> <p>Auswirkungen der Implementation des IPS Modells mit unterstützter Ausbildung sollen erforscht werden.</p> <p>Ein Employment Specialist, welcher geschult wurde auf das IPS Modell wurde in ein bestehendes Behandlungsteam (ETHOS, Singh &amp; Fisher 2005) integriert. Ziel war es, die Patienten in den Ersten Arbeitsmarkt bzw. Ausbildung zu integrieren oder, falls</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar?</li> </ul> <p>Es sollen die Auswirkungen der Einführung des IPS Modells auf den Arbeits- und Ausbildungsstatus der Patienten erforscht werden. Daher ist es sinnvoll, den Status vor dem Versuch mit dem Status danach zu vergleichen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Werden die Gefahren der internen und externen Validität kontrolliert?</li> </ul> <p>Interne Validität → Es ist nicht ausgeschlossen, dass die Effekte der Intervention nicht auf Merkmale der Probanden zurückzuführen sind, da diese nicht randomi-</p>



	<p>diese bei Eintritt bereits einen Job/eine Ausbildung hatten, diesen zu behalten.</p> <p>Er stellte eine Verbindung zwischen Behandlungsteam, Arbeitgebern, Arbeitslosenamt, Sozialamt, Ausbildungsstätten etc.</p>	<p>siert den Versuchsbedingungen zugeteilt wurden.</p> <p>Externe Validität → Es ist nicht klar, ob sich die Ergebnisse auf andere Settings übertragen lässt da die Probanden alle aus einer Institution stammen.</p>
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> <li>Um welche Population handelt es sich?</li> </ul> <p>Klienten der Institution im Vereinigten Königreich, welche arbeitsrehabilitative Massnahmen erhielten. Alter 17-32, Durchschnitt 22.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Welches ist die Stichprobe?</li> </ul> <p>Stichprobe = Population.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wer? Wieviel? Charakterisierungen?</li> </ul> <p>166 Patienten erhielten Intervention, 142 waren nach 12 Monaten für weitere Datenerhebung zur Verfügung, nach 18 Monaten noch 106 und nach 24 Monaten noch 67 → viele Dropouts da viele Patienten in der Zeit der Studie von der Klinik entlassen wurden.</p> <p>Eine Mehrheit (69%) war männlich und der grösste Teil (96%) wegen Schizophrenie in Behandlung.</p> <p>Alter 17-32, Median 22.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wie wurde die Stichprobe gezogen? <ul style="list-style-type: none"> <li>Probability sampling?</li> <li>Non-probability sampling? X purposive sampling / case study</li> </ul> </li> <li>Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet?</li> <li>Gibt es verschiedene Studiengruppen?</li> </ul> <p>Nein</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht?</li> </ul> <p>Die Studie ist kein randomized controlled trial. Daher muss auch die Stichprobe nicht randomisiert sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation? – Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden?</li> </ul> <p>Zielpopulation sind Jugendliche mit Schizophrenie im Vereinigten Königreich. Wenn man davon ausgeht, dass die Arbeitsrehabilitation für betroffene Jugendliche im ganzen Vereinigten Königreich einheitlich gestaltet ist, wäre die Stichprobe repräsentativ. Laut Fisher und Singh 2005 sind bereits 50 ETHOS – Zentren geplant.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse?</li> </ul> <p>Von 166 Probanden blieben 67 bis zum Abschluss der Studie dabei. Dies war, weil sie entlassen wurden aus der Rehabilitation. Es wird nicht beschrieben, aus welchen Gründen die Patienten entlassen werden: Sie können entlassen werden, wenn Behandlungsziele erreicht wurden oder auch, wenn sie in weitere Institution verlegt werden. Ohne dieses Wissen kann nicht beurteilt werden, ob die Ergebnisse durch die Dropouts beeinflusst wurden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich?</li> </ul> <p>Keine Vergleichsgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Werden Drop-Outs angegeben und begründet?</li> </ul> <p>Ungenügend begründet, siehe oben.</p>
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche Art von Daten wurde erhoben?</li> </ul> <p>Fidelity: Genauigkeit / Treue zum IPS Ansatz</p> <p>Demographische Daten</p> <p>Klinische Informationen (Alter, Geschlecht,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar?</li> </ul> <p>Fidelity wird nicht nachvollziehbar begründet.</p> <p>Der Einstellungsstatus (Arbeit und Ausbil-</p>



	<p>Ethnie, Diagnose, Dauer des Kontakts mit dem Behandlungsteam)</p> <p>Einstellungsstatus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– physiologische Messungen</li> <li>– Beobachtung</li> <li>– schriftliche Befragung, X</li> <li>– Interview</li> </ul> <p>· Wie häufig wurden Daten erhoben?</p> <p>Fidelity → 2x. Das erste Mal nach 12 Monaten (71 von 75), das zweite Mal nach weiteren 18 Monaten (73). = „good implementation“</p> <p>Monatlich zwischen November 2001 und Juli 2006.</p>	<p>dung) zeigt, ob die Einführung des IPS Modells erfolgreich war.</p> <p>· Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich?</p> <p>Ja</p> <p>· Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmern erhoben?</p> <p>Ja, ausser Dropouts.</p>
Messverfahren	<p>· Welche Messinstrumente wurden verwendet (Begründung)?</p> <p>IPS fidelity scale um die Genauigkeit in der Umsetzung des IPS Modells zu ermitteln.</p> <p>· Welche Intervention wird getestet?</p> <p>Anwendung des IPS Modells ergänzt mit unterstützter Ausbildung.</p>	<p>· Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)?</p> <p>Fidelity scale wird von Bond, Becker, Drake, &amp; Vogler, 1997; Bond et al., 2001b beschrieben.</p> <p>· Sind die Messinstrumente valide (validity)?</p> <p>Siehe oben</p> <p>· Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?</p> <p>Es wird nicht klar, warum die fidelity erhoben wird.</p> <p>· Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt?</p> <p>nein</p>
Datenanalyse	<p>· Welches Datenniveau weisen die erhobenen Variable auf?</p> <p>IPS fidelity scale → Likert Skala, also Nominalniveau</p> <p>Demographische Daten → Nominal (Geschlecht, Diagnose, Ethnizität) oder intervall (Alter, Dauer des Kontakts).</p> <p>Einstellungsverhältnis → Nominalniveau</p> <p>· Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse verwendet (deskriptive und / oder schliessende)?</p>	<p>· Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben?</p> <p>Chi-Quadrat-Test wird verwendet aber nicht beschrieben.</p> <p>· Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet?</p> <p>Chi-Quadrat beschreibt Stärke des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen, in diesem Fall Zeitpunkt der Messung und Anstellungsverhältnis der Patienten.</p> <p>Für Chi-Quadrat Test müsste die Stichpro-</p>

	$\chi^2 \rightarrow \text{nominal!}$  d.f. = Freiheitsgrade  · Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt?  $P < 0.001$	be randomisiert sein.  · Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus?  Demographische Daten und Einstellungsverhältnisse sind nominal skaliert. Der Chi-Quadrat Test erfordert nominale Zahlen, passt also.  · Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung?  Chi-Quadrat beschreibt nur, dass ein Zusammenhang vorhanden ist, nicht aber die Stärke des Effekts. Es wurden keine zusätzlichen Testverfahren angewendet, daher kann keine Beurteilung vorgenommen werden. Ausserdem wurden nicht alle Voraussetzungen für den Chi-Quadrat Test erfüllt.  · Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet?  Nein
Ethik	· Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt?  Keine  · Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden?  Nein, nicht relevant?	· Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?
Ergebnisse	· Welche Ergebnisse werden präsentiert?  Fidelity, Arbeitsverhältnisse, beruflicher Werdegang / Ausbildung  · Welches sind die zentralen Ergebnisse der Studie?  Fidelity: 73 von 75  Arbeitsverhältnisse: Die Anzahl Patienten im Ersten Arbeitsmarkt nahm kontinuierlich zu. Auch diejenigen in Ausbildung nahmen im Verlauf der Erhebung zu, zum letzten Messzeitpunkt dann aber etwas ab. Auch die Anzahl arbeitsloser Teilnehmender nahm ab. Weniger nahmen an strukturgebenden Aktivitäten teil und die Anzahl vollständig Unbeschäftigter nahm gar von 27% zu 6% ab.	· Sind die Ergebnisse präzise?  Fidelity wurde mit einem standardisierten Messverfahren erhoben, also präzise. Demographische Daten und Einstellungsverhältnisse werden in Anzahl und Prozent dargestellt.  · Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien?  · Sind sie präzise und vollständig (Titel, Legenden..)  Ja  · Sind sie eine Ergänzung zum Text?  Ja, dient dem besseren Verständnis des

	<p>Beruflicher Werdegang: Anzahl Auszubildender höher als in älterer Bevölkerungsgruppe und entsprechend wenige waren bereits im offenen Arbeitsmarkt tätig. 28% derjenigen, welche in Ausbildung waren zu Studienbeginn konnten am Ende in den Ersten Arbeitsmarkt integriert werden. 56% verblieben in Ausbildung und 16% fielen durch. Der grösste Unterschied war bei den zu Beginn Arbeitslosen zu beobachten: 47% derjenigen, welche strukturierende Tätigkeiten ausführten, wurden in den Ersten Arbeitsmarkt integriert und 40% der vollständig Unbeschäftigten.</p> <p>· Werden die Ergebnisse verständlich präsentiert (Textform, Tabellen, Grafiken)?</p> <p>Tabellen und Grafiken werden im Text erläutert.</p>	<p>Texts.</p>
<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse</p>	<p>· Werden signifikante und nicht signifikante Ergebnisse erklärt? Wie Interpretieren die Forschenden die Ergebnisse?</p> <p>Die Ergebnisse sind im Einklang mit früheren Studien. Allgemein befanden sich nach Studienende signifikant mehr Klienten im Ersten Arbeitsmarkt (von 13 zu 48%) als zu Beginn und die Arbeitslosigkeit sank deutlich von 27 zu 6%. Für junge Menschen ist die Transition von Ausbildung zum offenen Arbeitsmarkt wichtig für die Selbständigkeit: 28% der Studienteilnehmer, welche zu Beginn in Ausbildung waren, schafften die Transition. Es war aber auch von Anfang an ein erklärtes Ziel, dass die Anzahl derjenigen, welche aus der Ausbildung fallen, gering bleibt. Dieses Ziel wurde aufgrund des Alters der Untersuchungsgruppe formuliert und erfüllt. Die Forschenden überlegten sich hierzu, dass es in ihrer Region (südwest - London) für Jugendliche normal ist, länger in Ausbildung zu bleiben da höhere Ausbildungen angestrebt werden. Auch diejenigen, welche bereits von Anfang an im Ersten Arbeitsmarkt waren, wurden unterstützt. Alle konnten ihre Anstellungen behalten.</p> <p>· Kann die Forschungsfrage aufgrund der Daten beantwortet werden?</p> <p>Es handelt sich um eine explorative Studie, welche den Effekt der Einführung des IPS Modells mit unterstützter Ausbildung erforschen wollte. Dies wurde über eine Zeitspanne von 24 Monaten durchgeführt. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass der gewählte „place and train“ - Ansatz den bisherigen „train and place“ - Massnahmen überlegen ist.</p>	<p>· Werden alle Resultate diskutiert?</p> <p>Einstellungsverhältnisse und Wege werden diskutiert. Die Fidelity wird nur kurz im Resultatteil diskutiert.</p> <p>· Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein?</p> <p>Die Zahlen aus den Resultaten werden in der Diskussion übernommen.</p> <p>· Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen?</p> <p>An mehreren Stellen werden die Ergebnisse mit anderen Studien verglichen.</p> <p>· Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?</p> <p>Nein. Sinnvoll wäre, die Ergebnisse der Studie mit den Ergebnissen des ETHOS zu vergleichen um herauszufinden, wie stark der Effekt der Intervention war.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Werden Limitationen diskutiert?</li> </ul> <p>Keine randomisiert-kontrollierte Studie → explorative Studie. Es wurden keine Daten zu prämorbidem und kognitiven Funktionen erhoben. Auch das soziale Leben sowie die Lebensqualität wurden aussen vor gelassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</li> </ul> <p>Auch andere Studien bestätigen die Wirksamkeit des IPS Modells für Jugendliche mit einer ersten Episode der Psychose. (Nuechterlein et al. 2005, Killackey et al. 2008, Rinaldi et al. 2004).</p> <p>Diese Studie ist bisher die einzige, welche keinen Zusammenhang zwischen vorherigen Arbeitserfahrungen und den zukünftigen Beschäftigungschancen sieht.</p>	
Schlussfolgerung Anwendung in der Praxis	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben?</li> </ul> <p>Das adaptierte IPS Modell mit unterstützter Ausbildung eignet sich für die untersuchte Patientengruppe mit erstmals auftretender Psychose. Es half den Patienten, sich in den Ersten Arbeitsmarkt zu integrieren oder ihre Ausbildungsstelle zu behalten. Diese Ergebnisse gelten für den Arbeitsmarkt des Vereinigten Königreichs.</p> <p>Zu wenig Forschung besteht zu den Prädiktoren für die Beschäftigungsaussichten und auch zur Umsetzung des IPS Modells.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ist diese Studie sinnvoll? Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</li> </ul> <p>Zahlen sehen gut aus: Der Effekt der Intervention scheint gross zu sein. Der grosse Schwachpunkt ist die fehlende Vergleichsgruppe. Dies wird von den Autoren zwar genannt, es wird aber nicht vertieft darauf eingegangen. Es bleibt die Frage, wie die Ergebnisse der Institution (ETHOS) aussehen, ohne die Intervention der Forschenden, also ohne IPS Ansatz.</p> <p>Die Intervention war sicher gut, die Frage ist einfach, wie viel besser als andere?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar?</li> </ul> <p>ETHOS oder Ähnliches muss bereits vorhanden sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</li> </ul> <p>ETHOS</p>

### Studie 3 „SE outcomes for transition age youth and young adults“ (Burke-Miller et al., 2012)

Forschungsschritte	Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung	Leitfragen zur Würdigung
Problembeschreibung, Bezugs-	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Um welche Konzepte / Problem handelt es sich?</li> </ul> <p>Es geht um das Konzept des Supported</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung?</li> </ul> <p>Ja, sie zeigt den speziellen Fokus auf die</p>

rahmen, Forschungsfrage (Hypothese)	<p>Employment (SE) für junge Menschen (18-24 und 25-30) mit einer psychischen Krankheit. Junge Menschen sind mit wichtigen Lebensschritten und Erwartungen konfrontiert und doch sind unterstützende Dienstleistungen inadäquat für ebendiese Herausforderungen. Junge Menschen mit einer psychischen Krankheit, die einen öffentlichen Dienst in Anspruch nahmen, zeigten schlechte Ergebnisse: weniger als die Hälfte schloss die High School ab; die Meisten lebten an der Armutsgrenze; viele lebten in Institutionen; Obdachlosigkeit und Inhaftierungen kamen sehr weit verbreitet; und sie hatten ein dauerhaft tiefere Erwerbsquote im Gegensatz zu Ihresgleichen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Was ist die Forschungsfrage, -zweck bzw. das Ziel der Studie?</li> </ul> <p>Ziel war es herauszufinden welche Altersgruppe am meisten vom SE profitiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Welchen theoretischen Bezugsrahmen weist die Studie auf?</li> </ul> <p>Es gibt verschieden Forschung zum Thema. Während die Erwerbsbeteiligungsquote in der allgemeinen Bevölkerung mit steigendem Alter sinkt, wird dieses Phänomen unter Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung viel stärker und schon bei einem früheren Alter beobachtet. Des Weiteren wird oft junges Alter mit höheren Arbeitsergebnissen assoziiert. Obwohl auch in einigen Metaanalysen keinen Zusammenhang zwischen Alter und Arbeitsplatzhaltung gefunden wurde. Junge Menschen mit einer psychischen Krankheit erhalten eher eine Arbeitsstelle als ihre älteren Gegenüber - sie verlieren diese jedoch auch umso eher. Es gibt wenig Forschung die sich auf eine spezifische Altersgruppe beschränkt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Mit welchen Argumenten wurde der Forschungsbedarf begründet?</li> </ul> <p>Die unterschiedliche Wirkung des SE für verschiedene Altersgruppen in Rehabilitation ist nicht gut erforscht. Da das Employment Intervention Demonstration Program (EIDP) die grösste und umfassendste Studie über SE in den USA ist, ist die Analyse der Ergebnisse unter den jüngeren Kohorten eine wichtige Möglichkeit mehr Wissen zur Evidenzbasis hinzuzufügen.</p>	<p>Altersgruppe auf.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt?</li> </ul> <p>Die Forschungsfrage ist nicht klar definiert, sondern eher aus dem Text ersichtlich. Es werden keine Hypothesen gebildet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt?</li> </ul> <p>Ja.</p> <p>Junge &amp; junge Erwachsene durchlaufen einen wichtigen Lebensabschnitt und sind mit hohen Erwartungen konfrontiert. Erwerbsbeteiligungsquote bei psychisch Kranken sehr tief. Probleme der jungen psychisch Kranken sind beschrieben.</p>
Design	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Um welches Design handelt es sich?</li> </ul> <p>Die vorgängige Studie ist eine RCT. Für die vorliegende Studie wurden Daten aus der RCT genommen und in verschiedenen Altersgruppen miteinander verglichen - daher ist es eher eine Vergleichsstudie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Wie wird das Design begründet?</li> </ul> <p>Das Design wird nicht begründet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Um welches Design handelt es sich?</li> </ul> <p>Die vorgängige Studie ist eine RCT. Für die vorliegende Studie wurden Daten aus der RCT genommen und in verschiedenen Altersgruppen miteinander verglichen - daher ist es eher eine Vergleichsstudie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Wie wird das Design begründet?</li> </ul> <p>Das Design wird nicht begründet.</p>
Population	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Um welche Population handelt es sich?</li> </ul> <p>Es handelt sich um Menschen mit einer psychischen Krankheit, die zwischen 18 und 76 Jahre alt sind und in den USA leben (Arizona,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht?</li> </ul> <p>Ja, die vorgängige Studie ist ein Randomized Controlled Trial - was eine Stichprobenzie-</p>

	<p>Connecticut, Maine, Maryland, Massachusetts, South Carolina and Texas). Zudem sind es Teilnehmer der EIDP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Welches ist die Stichprobe? Wer? Wieviel? Charakterisierungen?</li> </ul> <p>1272 Menschen aus der oben genannten Population</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Wie wurde die Stichprobe gezogen?</li> </ul> <p>Es wurden Teilnehmer aus dem EIDP durch Überweisung von case Managers, Mund zu Mund Propaganda, Selbstüberweisung und Zeitungsartikeln rekrutiert (an einem Ort).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet?</li> </ul> <p>Um an der Studie teilnehmen zu können mussten sie folgende Einschlusskriterien erfüllen: 18jährig oder älter, Axis I DSM-IV Diagnose, arbeitslos, Einwilligungserklärung gegeben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Gibt es verschiedene Studiengruppen?</li> </ul> <p>Ja. In der vorgängigen Studie gibt es die SE Gruppe und die Kontrollgruppe. In der vorliegenden Studie wurde eine Einteilung in drei verschiedene Altersgruppen gemacht -&gt; 3 Vergleichsgruppen.</p>	<p>hung voraussetzt. Bei der vorliegenden Studie wurden die Stichproben übernommen und in drei neue Kategorien nach Alter eingeteilt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation?</li> </ul> <p>Ja, ausser die Anzahl der Jungen eher weniger (nur 81 Teilnehmer).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden?</li> </ul> <p>Auf die oben links genannte Population.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet?</li> </ul> <p>Vorgängige Studie: Sie ist angemessen. Die Stichprobengrösse wird durch die Teilnahmebedingungen begründet - es gab nicht mehr Teilnehmer die die Einschlusskriterien erfüllten.</p> <p>Vorliegende Studie: Die Forschenden übernehmen die Stichprobe und somit auch deren Grösse. Wie oben beschrieben gibt es zu wenig Junge.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse?</li> </ul> <p>Es werden keine Drop-Outs beschrieben die die Ergebnisse beeinflussen könnten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich?</li> </ul> <p>Vorgängige Studie: „randomisiert“ zugeteilt -&gt; nicht klar beschrieben.</p> <p>Vorliegende Studie: wurde übernommen und neu eingeteilt - dadurch sind die Gruppen nicht gleich gross, was das Studienergebnis beeinflusst.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Werden Drop-Outs angegeben und begründet?</li> </ul> <p>Nein, es werden keine Drop-Outs angegeben. Es wird geschrieben, dass eine geringe Teilnahmen am SE/EIDP nicht zum Ausschluss aus der Studie geführt hat.</p>
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Welche Art von Daten wurde erhoben?</li> </ul> <p>Demographische, klinische Daten und Arbeitsstatus während der Studie (einfach angestellt oder angestellt im 1.AM)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Wie häufig wurden Daten erhoben?</li> </ul> <p>alle 6 Monate ein Interview und wöchentliche Updates zum Arbeitsstatus während 2.5 Jahren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar?</li> </ul> <p>Ja, die demographischen und klinischen Daten sind wichtig um einen Bias auszuschliessen und der Arbeitsstatus misst die Effektivität des SE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich?</li> </ul> <p>Ja die Daten werden bei allen Teilnehmern durch Interviews erhoben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmern erhoben?</li> </ul> <p>65%. 5 Interviews 14%. 4 Interviews 10%. 3 Interviews 9%. 2 Interviews 3%. 1 Interview</p>
Messverfahren und/oder Intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Welche Messinstrumente wurden verwendet (Begründung)?</li> </ul> <p>Interview</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Welche Intervention wird getestet?</li> </ul> <p>SE und Auswirkungen auf die verschiedenen Altersgruppen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)?</li> </ul> <p>Kann nicht gesagt werden, da sie in der vorliegenden Studie nicht beschrieben werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Sind die Messinstrumente valide (validity)?</li> </ul> <p>Kann nicht gesagt werden, da sie in der vorliegenden Studie nicht beschrieben werden.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Nein, wird gar nicht begründet.</li> <li>· Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt? Nein.</li> </ul>
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Welches Datenniveau weisen die erhobenen Variable auf? Nominal: Geschlecht, Ethnie, Zivilstand, psychiatrische Diagnose, Komorbiditäten, Nutzung von Rehabilitationsservice, einfach Arbeit oder 1.AM, Arbeitsgeschichte Ordinal: Ausbildungsstand, Sozialhilfeempfängerstatus, subjektive Anstellungsaussichten Proportional: Sozialhilfeempfängerstatus, Alter, Lohn, Arbeitsstunden</li> <li>· Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse verwendet (deskriptive und / oder schliessende)? Chi2, ANOVA</li> <li>· Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt? Ja, mehrere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben? Ja, die Verfahren werden erklärt.</li> <li>· Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet? Ja.</li> <li>· Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus? Chi2-Test ja (nominal niveau) ANOVA ja (mind. Interval niveau -&gt; proportional)</li> <li>· Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung? Ja, weil alles korrekt durchgeführt wurde, ist eine Beurteilung möglich.</li> <li>· Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet? Nachvollziehbar ist es aber wird nicht begründet.</li> </ul>
Ethik	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? Haben eine Einwilligungserklärung eingeholt.</li> <li>· Falls relevant, ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? -</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? -</li> <li>· Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? -</li> </ul>
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Welche Ergebnisse werden präsentiert? Demografische und klinische Daten. Ergebnisse des Arbeitsstatus nach Altern und nach Studiengruppe. Ergebnisse der multivariablen logistischen Regressionsanalyse (Ausschluss dass demographische/klinische Daten einen Einfluss auf das Forschungsergebnis haben)</li> <li>· Welches sind die zentralen Ergebnisse der Studie? Die jungen und jungen Erwachsenen hatten gesamthaft mehr Arbeitsstellen als die älteren Erwachsenen. Die jungen Erwachsenen profitierten am Meisten von der SE Intervention.</li> <li>· Werden die Ergebnisse verständlich präsentiert (Textform, Tabellen, Grafiken)? Ja, es werden Textform, Tabellen und Grafiken verwendet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sind die Ergebnisse präzise? Ja, die Ergebnisse sind sehr präzise dokumentiert.</li> <li>· Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien? &gt; Sind sie präzise und vollständig (Titel, Legenden..) Ja &gt; Sind sie eine Ergänzung zum Text? Ja</li> </ul>
Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Werden signifikante und nicht signifikante Ergebnisse erklärt? Ja, die Arbeitserwartungshaltung war signifikant hoch. Auch die Anzahl der erhaltenen Stunden im SE Program war signifikant höher. Sozialhilfeempfänger haben signifikant weniger Arbeit bekommen. Die jungen Erwachsenen haben im Vergleich zu den älteren Erwachsenen mehr Arbeit bekommen.</li> <li>· Wie Interpretieren die Forschenden die Er-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Werden alle Resultate diskutiert? ja (siehe links)</li> <li>· Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja, die Interpretationen der Autoren beziehen sich auf die genannten Resultate.</li> <li>· Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen? Ja, die Fragestellung wird anhand der Resultate</li> </ul>

	<p>gebnisse?</p> <p>&gt; Kann die Forschungsfrage aufgrund der Daten beantwortet werden?</p> <p>Ja, die jungen Erwachsenen (25-30) scheinen am meisten von SE profitiert zu haben. Die Jungen haben auch profitiert - mehr als die Alten. ABER: Junge haben eher das Bedürfnis, den Job häufig zu wechseln um verschiedene Arbeitserfahrungen zu sammeln. Das SE zielt jedoch darauf ab, dass die Jobs möglichst lange behalten werden. Somit schneiden die Jungen schlecht ab.</p> <p>&gt; Werden Limitationen diskutiert?</p> <p>Ja, Generalisierung der Ergebnisse ist wegen EIDP nicht gegeben. Das Multivariable Modell passt nicht perfekt was schliessen lässt das einige Varianz nicht durch das Modell erklärt ist. Stichprobengrösse bei den Jungen ist relativ klein, was die Ergebnisse verzerrt haben könnte. Zudem zielt das SE darauf ab, dass die Jobs möglichst lange behalten werden - was nicht unbedingt das Ziel der Jungen ist.</p> <p>&gt; Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</p> <p>Ja mit vielen...</p>	<p>tate beantwortet. Dabei fliessen auch Erkenntnisse vorheriger Studien mit ein.</p> <p>· Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?</p> <p>Ja. Die Ziele bezüglich Arbeitsplatzhaltung der Jungen werden diskutiert (häufiger Jobwechsel vs. Arbeitsplatzhaltung -&gt; Junge wollen verschiedene Berufserfahrungen machen).</p>
Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Praxis	<p>· Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben?</p> <p>Die Ergebnisse sind aufgrund der Limitationen mit Vorsicht zu geniessen. Aber es ist eine der grössten und umfangreichsten Studien in diesem Bereich mit dem Fokus auf Altersgruppen.</p> <p>Zukünftige Forschung und Praxis: They wish: Greater dissemination and implementation of SE; augmenting SE with supported education; increasing access to benefits counseling; and improving SE program fidelity to evidence-based principles.</p>	<p>· Ist diese Studie sinnvoll? Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</p> <p>Ja, die Schwächen (Stichprobengrösse bei den Jungen) werden klar genannt. Aber die Stärken (korrekt durchgeführte statistische Verfahren, allgemein grosse Stichprobe) wiegen die Schwächen wieder auf.</p> <p>· Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar?</p> <p>Wenn das EIDP vorhanden ist, sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar.</p> <p>· Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p> <p>Ja, wenn ein vergleichbares Program besteht und genügend Personal zur Verfügung steht.</p>

#### Studie 4 „Postsecondary academic achievement and first-episode psychosis: A mixed methods study.“ (Roy et al. 2016)

Forschungsschritte	Zusammenfassung	Würdigung
Problembeschreibung	<p>· Um welche Konzepte / Problem handelt es sich?</p> <p>Symptomatische Verbesserungen bei Ersterkrankungen entsprechen oft nicht dem funktionelle Outcome (=Partizipation in bedeutungsvolle Lebensbereiche wie z.B. Arbeit und postsekundäre/höhere Bildung).</p> <p>Ergebnisse sind meist besser für Ersterkrankte als für chronisch Kranke</p> <p>→ Frühe Intervention welche auch auf Be-</p>	<p>· Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung?</p> <p>Auch die Ausbildung (inkl. postsekundäre/höhere Bildung bspw. an einer Universität) gehört zum beruflichen Werdegang von vielen Jugendlichen. In den heutigen Industriestaaten streben immer mehr junge Menschen eine akademische Ausbildung an. Höher qualifizierte Arbeitskräfte sind gefragt.</p> <p>· sind die Forschungsfragen klar defi-</p>



	<p>ruf/Bildung abzielt ist entscheidend!</p> <p>School dropouts sind viel höher bei psychisch Kranken als im Rest der Bevölkerung: Problematisch, gerade wenn man sich die Veränderungen in der Gesellschaft der Industrienationen ansieht. Hochqualifizierte Arbeitskräfte sind sehr gefragt, es gibt kaum noch wenig spezialisierte Jobs.</p> <p>Limitierter Bildungshintergrund ist ein Hauptindikator für Arbeitslosigkeit, wenig Lohn und niedrige Zufriedenheit mit dem Job.</p> <p>· Was ist die Forschungsfrage, -zweck bzw. das Ziel der Studie?</p> <p>Drei Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterschiede im Mass an Partizipation, Performanz und Zufriedenheit in postsekundärer Bildung zwischen jungen Erwachsenen mit einer ersten psychotischen Episode und vergleichbaren gesunden Probanden.</li> <li>- Charakteristika welche mit akademischer Partizipation assoziiert sind identifizieren.</li> <li>- Den Prozess, welcher mit Ausbildungserfahrungen verknüpft ist erforschen.</li> </ul> <p>Hypothesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personen mit FEP sind weniger in Postsekundäre Bildung involviert.</li> <li>- Bildungsperformanz ist niedriger.</li> <li>- Sind weniger zufrieden mit akademischer Laufbahn.</li> <li>- Individuen mit FEP welche in Bildungsprogramme eingeschrieben sind sind jünger, haben mehr Freunde und sind eher in eine romantische Beziehung involviert.</li> </ul> <p>· Welchen theoretischen Bezugsrahmen weist die Studie auf?</p> <p>Forschung zu FEP (first episode psychosis) welche wie oben beschrieben zeigt, dass das Augenmerk nicht nur auf den symptomatischen Verbesserungen liegen darf, sondern vor allem auch das funktionelle Outcome beachtet werden muss.</p> <p>· Mit welchen Argumenten wurde der Forschungsbedarf begründet?</p> <p>Wenig Forschung für den Bereich der postsekundären Bildung als Bereich der funktionellen Erholung.</p>	<p>niert? Ev. durch Hypothesen ergänzt?</p> <p>Ja</p> <p>· Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt?</p> <p>Ja, ausser Hypothese 4.</p>
Design	<p>· Um welches Design handelt es sich?</p>	<p>· Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design</p>

	<p>Mixed methods</p> <p>Triangulation design – convergence model.</p> <p>Quantitativ → (n=100) akademisches Engagement, Performanz und Zufriedenheit. Komparative Studie mit Vergleichsgruppe. Verglichen wurden Funktionieren in der Gemeinschaft und Marker der Transition zum Erwachsenen.</p> <p>Qualitativ → (n=52) akademische Erfahrungen. Grounded Theory nach Strauss: Datensammlung und –analyse werden gleichzeitig gemacht, Kategorien Schritt für Schritt gebildet, konstante Vergleiche wurden durchgeführt, theoretical memos.</p> <p>Integration der qualitativen und quantitativen Daten wurde so früh wie möglich vorgenommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Wie wird das Design begründet?</li> </ul> <p>Studie ist Teil eines grösseren mixed method Projekts, welches Funktionieren in der Gemeinschaft von FEP Patienten erforscht.</p>	<p>logisch und nachvollziehbar?</p> <p>Die Ziele erfordern qualitative wie auch quantitative Messverfahren, mixed methods ist also nötig.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Werden die Gefahren der internen und externen Validität kontrolliert?</li> </ul> <p>Interne Validität: Triangulation (Verschiedene Daten und Methoden) soll systematische Fehler verringern, Validität der Forschungsergebnisse erhöhen und reichhaltigeres Bild ermöglichen.</p> <p>Externe Validität: Die Stichprobenziehung ist ungenau beschrieben, daher kann nicht beurteilt werden ob die Ergebnisse generalisiert werden können.</p>
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Um welche Population handelt es sich?</li> </ul> <p>Junge Erwachsene, welche in einer FEP Klinik behandelt werden. Vergleichbare gesunde Personen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Welches ist die Stichprobe?</li> </ul> <p>Wer? Wieviel? Charakterisierungen?</p> <p>Quantitativ → Klinische Gruppe: 18-30, 100 Personen, rekrutiert von FEP Kliniken. Sie entsprachen entweder den Kriterien für Schizophrenie, Schizophreniformen Krankheiten oder Schizoauffektiv. Vergleichsgruppe: 18-30, matched.</p> <p>Qualitativ → 52 Personen, Subsample wurde aus der quantitativen Stichprobe gezogen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Wie wurde die Stichprobe gezogen? <ul style="list-style-type: none"> <li>– Probability sampling?</li> <li>– Non-probability sampling?</li> </ul> </li> </ul> <p>Rekrutiert von verschiedenen Kliniken, nicht genauer beschrieben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet?</li> </ul> <p>Teilnehmende wurden in FEP Kliniken rekrutiert, die Vergleichsgruppe gematcht (Alter &amp;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht?</li> </ul> <p>Wird ungenügend beschrieben. Klienten stammen zwar aus unterschiedlichen Kliniken, es wird aber nicht klar inwiefern sich diese unterscheiden und wie darauf eingegangen wird. Gleiches gilt für die Kontrollgruppe. Es wird zwar gesagt, dass sie gematcht ist (Geschlecht / Alter) und aus der gleichen Nachbarschaft stammt, es wird aber nicht näher erklärt was dies bedeutet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation?</li> </ul> <p>Kann aufgrund der gegebenen Angaben nicht beantwortet werden. Dafür spricht, dass Probanden aus verschiedenen Kliniken stammen, mehr Infos werden aber nicht gegeben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden?</li> </ul> <p>Junge Menschen mit einer psychischen Ersterkrankung, welche eine höhere Berufsbildung anstreben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse?</li> </ul>

	<p>Geschlecht, gleiche Nachbarschaft).</p> <p>Ausschlusskriterien klinische Gruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwerer Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit.</li> <li>- Akute psychotische Episode</li> <li>- Permanente sensorische, motorische oder intellektuelle Einschränkungen.</li> </ul> <p>Ausschlusskriterien Kontrollgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychische Erkrankung</li> <li>- Permanente sensorische, motorische oder intellektuelle Einschränkungen.</li> </ul> <p>· Gibt es verschiedene Studiengruppen?</p> <p>Ja</p>	<p>Für den qualitativen Teil ja (sogar eher viel), für den quantitativen hätten es mehr sein können.</p> <p>· Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich?</p> <p>Ja, wurden gematcht.</p> <p>· Werden Drop-Outs angegeben und begründet?</p> <p>Nicht beschrieben (wurden nur einmal befragt)</p>
Datenerhebung	<p>· Welche Art von Daten wurde erhoben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– physiologische Messungen</li> <li>– Beobachtung</li> <li>– schriftliche Befragung,</li> <li>– Interview X</li> </ul> <p>Engagement in Postsekundäre Bildung (inkl. Zufriedenheit).</p> <p>· Wie häufig wurden Daten erhoben?</p> <p>1x pro Person, bis theoretical saturation erreicht.</p>	<p>· Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar?</p> <p>Jedes Forschungsziel wurde mit Messinstrumenten operationalisiert.</p> <p>· Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich?</p> <p>Ja</p> <p>· Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmern erhoben?</p> <p>Ja</p>
Messverfahren & oder Intervention	<p>· Welche Messinstrumente wurden verwendet (Begründung)?</p> <p>Quantitativ → Engagement in Postsekundäre Bildung: Zweite Subskala der Quality of Life Scale (Instrumental Role Functioning: Misst nicht nur Performanz sondern auch Zufriedenheit mit Performanz und Ausmass der Partizipation).</p> <p>Entwicklungsmarker wurden mit eigens geschaffenem Messinstrument erfasst.</p> <p>Qualitativ → Vertiefte, individuelle, semi-strukturierte Interviews.</p> <p>· Welche Intervention wird getestet?</p> <p>Keine Intervention</p>	<p>· Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)?</p> <p>1 Messinstrument ist standardisiert (reliabel &amp; valide), das andere selber kreiert. Bei Interview nicht relevant weil individuell.</p> <p>· Sind die Messinstrumente valide (validity)?</p> <p>Siehe oben.</p> <p>· Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?</p> <p>Ja</p> <p>· Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt?</p> <p>Nein, keine Intervention.</p>
Datenanalyse	<p>· Welches Datenniveau weisen die erhob-</p>	<p>· Werden die Verfahren der Datenanalyse</p>

se	<p>nen Variable auf?</p> <p>Demographische Daten, Ausbildungsstatus (enrolled / not enrolled) → nominal</p> <p>Performanz &amp; Zufriedenheit (Likert) → Eigentlich ordinal, wird aber als intervall behandelt.</p> <p>Stunden in Klasse pro Woche → proportional</p> <p>· Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse verwendet (deskriptive und / oder schliessende)?</p> <p>Quantitativ → Chi-square, t-Test, U-Test</p> <p>(Qualitativ → theoretical memos)</p> <p>· Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt?</p> <p>Quantitativ → <math>p &lt; 0.05</math></p>	<p>klar beschrieben?</p> <p>· Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet?</p> <p>· Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus?</p> <p>Chi square → mind. nominal (Ausbildungsstatus)</p> <p>t-Test → mind. ordinal (Stunden in Klasse pro Woche &amp; Performanz &amp; Zufriedenheit)</p> <p>U-Test → auch ordinal aber nicht normalverteilte Daten. Leider wird nicht gesagt welche Daten nicht normalverteilt sind.</p> <p>· Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung?</p> <p>· Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet?</p>
Ethik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt?</li> <li>Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden?</li> </ul> <p>Anerkennung von Hopital Sacré-Coeur de Montréal Research Ethics Board.</p> <p>Schriftliche Einverständniserklärung von allen Teilnehmern.</p>	<p>· Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?</p>
Ergebnisse	<p>· Welche Ergebnisse werden präsentiert?</p> <p>Anzahl Personen in postsekundärer Ausbildung, Performanz, Zufriedenheit.</p> <p>Charakteristika von Personen welche in Ausbildung sind.</p> <p>Faktoren welche Partizipation in PS Bildung beeinflussen.</p> <p>Barrieren.</p> <p>· Welches sind die zentralen Ergebnisse der Studie?</p> <p>22% der FEP Gruppe eingeschrieben, 54% der Vergleichsgruppe.</p> <p>Performanz in produktiver Aktivität für FEP Gruppe niedriger, ebenfalls Zufriedenheit mit selbiger.</p>	<p>· Sind die Ergebnisse präzise?</p> <p>· Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sind sie präzise und vollständig (Titel, Legenden...)</li> <li>Sind sie eine Ergänzung zum Text?</li> </ul>

	<p>Faktoren für Partizipation in PS:</p> <p>Für Personen mit FEP war die persönliche Motivation und langfristige Ziele wichtig. Personen ohne FEP erklären Erfolg vor allem mit eigenen kognitiven Fähigkeiten.</p> <p>Personen mit FEP empfinden Familie und nicht menschliche Faktoren wie Wohnsituation als wichtig, Personen ohne FEP brauchen ihre Peers.</p> <p>Teilnehmer mit FEP berichten, dass sie bei mehreren Aufgaben gleichzeitig sich auf eine (meist Bildung) konzentrieren müssen während Personen ohne FEP mehrere Bereiche gleichzeitig abdecken können.</p> <p>Teilnehmer mit FEP benutzen verschiedene reflektierte Strategien: Finanzieller Support durch Familie und nicht Nebenjob, Auswahl der Klassen mit wenig sozialer Interaktion, Konzentration auf bestehen nicht beste Noten.</p> <p>Barrieren für FEP: Zu wenig Einkommen, zu wenig Infos zu finanzieller Unterstützung, unstete Motivation, Stigma.</p> <p>· Werden die Ergebnisse verständlich präsentiert (Textform, Tabellen, Grafiken)?</p> <p>Ja, Tabellen, Grafiken und Text.</p>	
Diskussion & Interpretation der Ergebnisse	<p>· Werden signifikante und nicht signifikante Ergebnisse erklärt? Wie Interpretieren die Forschenden die Ergebnisse?</p> <p>· Kann die Forschungsfrage aufgrund der Daten beantwortet werden?</p> <p>Ziel 1: Personen mit FEP sind signifikant weniger oft in der höheren Bildung involviert und wenn sie es sind, sind sie weniger zufrieden und es ist wahrscheinlicher, dass sie mit Problemen zu kämpfen haben. Dies deckt sich mit anderen Studien (Goulding et al., Haynes, Kessler et al.).</p> <p>Wenige Studien beschäftigen sich mit den von FEP Betroffenen genutzten Strategien. Diese sind eine Kombination aus reflektierten Entscheidungen (z.B. sich mit einer genügenden Note begnügen, Kurse aufgrund der eigenen Fähigkeiten belegen) und Umweltfaktoren (z.B. finanzieller Support durch die Familie).</p> <p>Barrieren wurden identifiziert und mit Ergebnissen anderer Studien untermauert.</p>	<p>· Werden alle Resultate diskutiert?</p> <p>· Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein?</p> <p>· Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen?</p> <p>· Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Werden Limitationen diskutiert?</li> </ul> <p>Klinische Variablen wie Schwere der Symptome wurden aufgrund der Vergleichsgruppe nicht beachtet.</p> <p>Kleine Stichprobe für low-functioning Patienten.</p> <p>Erhebungsinstrument für Entwicklungsmarker wurde eigens für die Studie entwickelt und ist daher nicht validiert.</p> <p>Vertiefteres Wissen über Strategien und Verhalten assoziiert mit akademischen Erfolg wäre wertvoll für die Weiterentwicklung von supported employment Programmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</li> </ul> <p>Ja</p>	
Schlussfolgerung, Anwendung & Verwertung in der Praxis	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben?</li> </ul> <p>Fokus auf die Stärken der FEP Betroffenen (z.B. Motivation, Unterstützung der Familie) → Protektive Faktoren.</p> <p>Schwächen kompensieren: Ergos können z.B. Performanzanalyse durchführen und Skills trainieren.</p> <p>Paradox: Es kann hilfreich sein, wenn die work-life Balance der Patienten zum Vorteil der Bildung verschoben ist. Es ist aber unklar, welche Auswirkungen dies langfristig auf das soziale Netzwerk der Betroffenen hat.</p> <p>Ergos sollten als Advokaten tätig sein, da postsekundäre Ausbildung ein Menschenrecht ist. Bildungsstätten sollten Verantwortung wahrnehmen und angepasste Unterstützungsmöglichkeiten bieten sowie Stigma bekämpfen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ist diese Studie sinnvoll? Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</li> <li>· Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar?</li> <li>· Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</li> </ul>

## Suchprotokoll

Datenbank	Suchbegriffe	Relevanz
CINAHL	schizophrenia AND (juvenile OR teenagers OR adolescent)	360/1
	schizophrenia AND (juvenile OR teenagers OR adolescent) AND skills	27/2
	schizophrenia AND (juvenile OR youth OR adolescent OR teenagers) AND vocational rehabilitation	4/4
	(youth OR adolescent OR teenager) AND schizophrenia AND (education OR vocational rehabilitation)	41/3
	IPS AND supported employment AND (youth or adolescents or young people or teen or young adults)	6/2
	(MH "Schizophrenia") AND (juvenile OR youth OR adolescent OR teenager) AND competitive employment	1/0
PsycINFO	(schizophrenia and (juvenile or adolescent or young adults or teenager) and job coaching)	4/0
	schizophrenia AND (juvenile OR adolescent & young adults OR teenager) AND (vocational integration OR work integration))	17/1
	Schizophrenia AND (juvenile OR adolescent OR teenager) AND vocation	564/??
	Schizophrenia AND (juvenile OR adolescent OR teenager) AND (vocation* OR work OR career entry)	12220/??
	Schizophrenia AND (juvenile OR adolescent OR teenager) AND (vocation* OR career entry)	1497/??
	Schizophrenia AND (juvenile OR adolescent OR teenager) AND career entry	1/0
	Schizophrenia AND (juvenile OR adolescent OR teenager) AND vocation*	1497/??
	Schizophrenia AND (juvenile OR adolescent OR teenager) AND vocational	1461/??
	Schizophrenia AND (juvenile OR adolescent OR teenager) AND vocational integration	6/1
	Schizophrenia AND first episode AND vocational integration	3/0
	Schizophrenia AND (juvenile OR adolescent OR teenager) AND (work integration OR employment strategies OR job coaching)	9/2
MEDLINE	Schizophrenia/ AND (juvenile OR teenager OR adolescent OR young adult) AND (vocational integration OR work integration OR education OR job coaching)	1040/??
	Schizophrenia/ AND (juvenile OR teenager OR adolescent OR young adult) AND job coaching	0
	Schizophrenia/ AND (juvenile OR teenager OR adolescent OR young adult) AND work integration	0
	Schizophrenia/ AND (juvenile OR teenager OR adolescent OR young adult) AND vocational integration	1/1
	Schizophrenia/ AND (juvenile OR teenager OR adolescent OR young adult) AND edu-	1039/??

	cation	
	Schizophrenia/ AND (juvenile OR teenager OR adolescent OR young adult) AND integration AND competitive employment	0
	Schizophrenia/ AND (juvenile OR teenager OR adolescent OR young adult) AND competitive employment	7/1
Cochrane Library	Schizophrenia AND (adolescent OR teenager OR young adult) AND vocational integration	10/0
	Schizophrenia AND adolescent AND vocational	39/2
	First episode schizophrenia AND work	390/??
	First episode schizophrenia AND work AND adolescent	82/??
	First episode AND schizophrenia AND adolescent AND (vocational OR work)	91/??
	First episode AND schizophrenia AND adolescent AND (vocational OR work) NOT antidepressants	51/0